الدكتور

لطفي الشربيني

# القانون..

# و المرض العقلي

# مرجع في الطب النفسي الشرعي

تقديم

**الدكتور محمد المهدي**

دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دار الجديد للنشر والتوزيع

347.0661019

ا. ل

لطفي الشربيني ، .

القانون والمرض العقلي : مرجع في الطب النفسي الشرعي /لطفي الشربيني .- ط1.-

دسوق: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، دار الجديد للنشر والتوزيع .

316 ص ؛ 17.5 × 24.5سم .

تدمك : 5 - 614 – 308 – 977 – 978

1. علم النفس الشرعي.

أ - العنوان .

رقم الإيداع : 25811 .

الناشر : دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع

دسوق - شارع الشركات- ميدان المحطة – بجوار البنك الأهلي المركز

elelm_aleman@yahoo.com & elelm_aleman2016@hotmail.com E-mail:

الناشر : دار الجديد للنشر والتوزيع

تجزءة عزوز عبد الله رقم 71 زرالدة الجزائر

E-mail: dar_eldjadid@hotmail.com



2018

بسم الله الرحمن الرحيم

وَنَفْسٍ وَمَا سَوَّاهَا (7) فَأَلْهَمَهَا فُجُورَهَا وَتَقْوَاهَا (8)

[ سورة الشمس7 :8]

صدق الله العظيم

# الفهرس

# قائمة المحتويات



# مقدمة

لقد قمت مستعينا بالله تعالى بإعداد هذا الكتاب الذي يتضمن دراسة نفسية مهنية متخصصة من جوانب مختلفة لحقوق المرضى النفسيين ، ومسئوليتهم القانونية من وجهة نظر الطب النفسي ، والقوانين الحالية ، مع الرجوع إلى المنظور الإسلامي للبحث عن كل القضايا والمسائل والمشكلات النفسية والقانونية التي كانت ولا تزال موضع اهتمام ونقاش وجدل على مستويات متعددة وعلى مدى زمني طويل .

ويتضمن هذا الكتاب نداءً للاهتمام بالمسائل والقضايا التي تدخل تحت مظلة الطب النفسي الشرعي مثل حقوق المرضى النفسيين ، ودعوة للتأكيد على أهمية الموضوعات التي طرحت للدراسة في فصوله وتتعلق بحق المعاقين نفسيا وعقليا في الرعاية ، وحقهم في الحياة ، والعلاقة بين الطب النفسي والقانون والمشكلات العملية والاعتبارات الأخلاقية التي يدور حولها الجدل ، وأهم ما يتناوله البحث التأكيد على دراسة المنظور الإسلامي ووجهة النظر الشرعية بحثا عن الحل لهذه القضايا والمسائل المعاصرة .

ولقد لاحظت – بحكم عملي لسنوات في مجال الطب النفسي – أن المصابين باضطرابات عقلية مثل حالات اضطرابات المزاج أقل من مرضى الفصام في الجرائم بالطب الشرعي، غير أن الاكتئاب

قد يؤدي إلى الانتحار وليس القتل , ولكن قد يقتل المريض أسرته معه رحمة بهم , وقد تكون جرائم السرقة المرضية ناجمة عن خلل نفسي, أما حالات الهوس فقد تؤدي إلى الاعتداء الجنسي ومخالفات السير وحوادث السيارات وتبذير الأموال. أما حالات "البارانويا" وهى جنون العظمة والاضطهاد فإنها ترتبط بارتكاب أنواع متعددة من الجرائم , واضطرابات الشخصية تزيد نسبة الجرائم من جنح وجنايات في النوع السيكوباتي أو "المضاد للمجتمع"، وتتصف أعمالهم بالعدوانية والاندفاعية وإساءة استعمال الكحول أو المخدرات.

وهذا الكتاب هو في النهاية محاولة واجتهاد من جانب أحد الأطباء النفسيين العرب لإلقاء الضوء على تخصص الطب النفسي الشرعي ليكون بمثابة الدليل الموجز لرجال القانون و الأطباء النفسيين ولكل من يطلب المعلومات من مختلف التخصصات ، برجاء أن يكون بداية تفتح الباب لمزيد من الدراسات في هذا المجال من جانب المتخصصين ..و نأمل أن يسد نقصا في المكتبة العربية في هذا المجال الذي يستحق الاهتمام. . قال تعالى: وَلِكُلٍّ دَرَجَاتٌ مِّمَّا عَمِلُوا ۖ وَلِيُوَفِّيَهُمْ أَعْمَالَهُمْ وَهُمْ لَا يُظْلَمُونَ [ سورة الأحقاف:19]و الله نسأل أن نكون قد وفقنا في ما قصدنا إليه .. وهو سبحانه وتعالى ولى التوفيق .

المؤلف

الدكتور لطفى الشربينى

# تقديم

## الأستاذ الدكتور / محمد المهدي

## رئيس قسم الطب النفسي – جامعة الأزهر

تنبع أهمية أي كتاب من عدة عناصر منها : موضوعه , محتواه , مؤلفه , توقيته , طريقة عرضه , وشموليته للعديد من الجوانب المعلوماتية , وما يعرض فيه من مسائل جديدة وحلول لمشكلات قائمة , وأفكار إبداعية تفتح أفاقا واسعة للمستقبل .

وهذا الكتاب الذي بين أيدينا , والذي شرفني أخي العزيز وصديقي الحبيب الدكتور لطفي الشربيني بتقديمه , هو بمثابة مرجع شديد الأهمية في موضوع حيوي به العديد من الإشكاليات ومواطن الخلاف بين العلماء في التخصصات المختلفة (خاصة الأطباء النفسيين ورجال القانون وعلماء الدين والمشتغلين بالسياسة والمهتمين بشئون المجتمع وحقوق الإنسان ) . من هنا تصبح مهمة التصدي لهذا الموضوع المتشعب والمتشابك أمر صعب جدا لأنه يحتاج للإلمام بالعديد من المجالات العلمية والدينية والسياسية والقانونية والمجتمعية , ويضع في الاعتبار التوازن بين حقوق المريض النفسي وحقوق المجتمع الذي يعيش فيه .

وتأتي أهمية موضوع الكتاب من تزايد الاهتمام بحقوق المريض النفسي وتقديم الرعاية اللائقة به بناءا على قاعدة "أن حضارة الأمم تقاس بمدى رعايتها للضعفاء" , والمريض النفسي هو أحد هؤلاء الضعفاء خاصة حيث يفقد قدرته على الإدراك والتمييز والإرادة , ويفقد بوصلته الفكرية وميزانه السلوكي ويصبح أمانة في عنق الأسرة والمجتمع يحوطونه بالرعاية والحماية حتى يسترد قواه النفسية مرة أخرى . ويأتي هذا الكتاب بعد تجربة هامة جدا في ممارسة الطب النفسي في مصر بعد صدور القانون رقم 71 لسنة 2009م والمسمى بقانون" رعاية المريض النفسي " بمصر , والذي أثار جدلا كبيرا إبان التحضير له وحتى بعد صدوره , ولكنه مع ذلك كان خطوة إيجابية هامة , حيث أصبح دستورا يحكم ممارسة مهنة الطب النفسي في مصر وينظم العلاقة بين المريض والطبيب والمجتمع , ويعطي اهتماما كبيرا لحقوق المريض النفسي سواء في العلاج الإرادي أو العلاج الإلزامي , وكأي عمل بشري لا يخلو القانون من بعض المواد التي تحتاج لمراجعات , إلا أنه يظل خطوة هامة تستحق الإشادة , وهو نموذج ربما تحتاج له كثير من الدول العربية التي لا يوجد بها حتى الآن قوانين تنظم ممارسة الطب النفسي .

ولا ننسى أننا ظللنا في مصر نسير على قانون قديم عن الصحة العقلية والقانون صدر عام 1944 م ممهورا بتوقيع الملك فاروق , إلى أن صدر القانون الجديد عام 2009 م , بما يعني أننا عشنا سنوات طويلة دون تطوير رؤيتنا لأوضاع المريض النفسي القانونية والإنسانية , وكان نتيجة ذلك تدني في أوضاع المرضى النفسيين خاصة في المستشفيات النفسية الكبيرة التي كانت تحوي آلافا من المرضى ظلوا حبيسين الجدران لسنوات طويلة دون اهتمام من الأهل والمجتمع مما كان يشكل مأساة إنسانية , كما أن حقوق المريض النفسي في المستشفيات الخاصة كانت مهدرة حيث لا توجد رقابة منظمة على ممارسات القائمين عليها , أما الآن فقد تغير الوضع كثيرا مع النشاط المضطرد لأمانة الصحة النفسية والمجلس القومي للصحة النفسية وتطبيق قانون رعاية المريض النفسي , وهذا يعكس لنا أهمية وضع القوانين وتطبيقها في تنظيم ممارسة المهنة والحفاظ على حقوق المريض والطبيب والمجتمع , وترسيخ ثقافة التعامل الإنساني والحضاري مع المرضى والضعفاء .

ومحتوى هذا الكتاب يصب في كل ما ذكرناه سابقا , فعنوانه "القانون والحالات العقلية " يعكس تلك العلاقة التبادلية والمؤثرة بين القانون والحالة العقلية والنفسية , وهو بحق مرجع في الطب النفسي الشرعي يحتاجه المتخصصون في الطب النفسي والقانون على السواء حيث يشمل جل ما يحتاجونه في هذا المجال , ففصوله تغطي كافة أبعاد هذا الموضوع , بدءا من حجم المشكلة بالأرقام ,

ثم طبيعة الأمراض النفسية والتي تؤثر في طبيعة سلوك المريض النفسي , واستعراض للأمراض النفسية المختلفة وتحديد للمفاهيم المتصلة بتلك الأمراض من حيث أسبابها وأعراضها وطرق علاجها.

واهتم المؤلف بالحديث عن حقوق المرضى النفسيين والتي ربما يتم الجور عليها بسبب طبيعة مرضهم والوصمة الملتصقة بهم وبمرضهم مما يؤدي إلى استباحة حياتهم وممتلكاتهم وربما كرامتهم , وهذا موضوع جدير بالاهتمام في البيئة العربية التي تتراجع فيها مسائل حقوق الإنسان العادي فما بال المريض النفسي . وتطرق الكتاب لنواح تفصيلية في حقوق المريض النفسي مثل حقه في العلاج , وحقه في الحرية وحقه في الزواج والطلاق وحقه في الترشح للانتخابات وحقه في التصويت.... الخ .

وناقش الكاتب بالتفصيل الجوانب القانونية للأمراض النفسية من حيث أنواع المحاكم والمحاكمات , وعلاقة المرض النفسي بالجريمة , والمسئولية الجنائية , والأهلية العقلية , والعوامل والظروف التي تؤدي إلى سقوط المسئولية والإعفاء من العقوبة أو تخفيفها وتطرق الكتاب إلى جوانب مهمة في الممارسات السريرية العملية في مجال الطب النفسي , وقد أجاد المؤلف فيها – كما أجاد في غيرها – لكونه ممارسا للطب النفسي لسنوات طويلة , ومدركا لتفاصيل دقيقة في هذا المجال , فهو لم يكتف بالعرض النظري للقضايا المطروحة , وإنما أضاف من الخبرة العملية والحياتية الكثير مما يثري هذا المؤلف .

ونظرا لضعف المريض النفسي وقلة حيلته الناتجة عن مرضه , كان لابد من الالتزام بأعلى قدر من المعايير والاعتبارات الأخلاقية التي تحمي أسرار المريض وتحمي حقوقه وتحافظ على كرامته وحريته وحقه في أفضل درجة من الرعاية والاهتمام , وهذا ما ورد في فصل : "اعتبارات أخلاقية" .

وقد راعى المؤلف الخصوصية الدينية والثقافية للمجتمعات العربية فعرض في فصل كامل المنظور الإسلامي والأحكام الشرعية المتصلة بموضوع القانون والحالات العقلية , وأورد التسميات والمفاهيم الخاصة بهذا الموضوع في الثقافة العربية والإسلامية , وأجرى مقارنة بما هو سائد عالميا وبما هو متعارف عليه دينيا واجتماعيا ليخلق حالة من الفرز والربط وإعادة الرؤى فيما هو عالمي وما هو محلي بطريقة سهلة وعقل مفتوح .

ثم اختتم الكتاب بمجموعة من التوصيات والمقترحات التي تساهم في تحسين الرعاية للمرضى النفسيين خاصة حين يتعرضون للقانون أو يقعون تحت طائلته .

أما المؤلف فهو عالم جليل ذو علم راسخ في الطب النفسي وله ثقافة دينية قوية وثقافة مجتمعية واسعة وهذا يمكنه من ربط جوانب مختلفة في هذا الموضوع المتشعب (علاقة المرض النفسي بالقانون) ليس فقط على المستوى المحلي الآني بل على المستوى البشري التاريخي والحالي , أي أنه يجيد عمل صورة مقطعية للموضوع وأيضا صورة طولية عميقة تجعل الإحاطة شاملة من كافة جوانبها وأعماقها .

وهو لم يفعل هذا بسرد طويل أو ممل لمطولات علمية وتاريخية صعبة ومرهقة بل هضم الكثير من الروافد المعرفية وأخرجها بشكل مبسط وواف في ذات الوقت يصلح للقارئ المتخصص كما يصلح للقارئ العادي , وهذه ميزة يتميز بها المؤلف في الكثير من كتاباته ومحاضراته حيث يضيف عليها من قريحته وروحه الطيبة الشفافة وطبيعته البسيطة والمرحة .

ويتميز الدكتور لطفي الشربيني بملكة الإبداع العلمي , وهي ملكة مهمة تلمحها في كل مؤلفاته التي تجاوزت الأربعين , فهو ليس ناقلا لنصوص ومفاهيم وخبرات من الكتب العلمية , وإنما يجمع ما تيسر من العلوم ويجري لها قراءة ناقدة ويستنبط منها ويعدلها ويضيف إليها ويربطها يبعضها ويفرز الغث من الثمين ويوقظ وعي القارئ ويشركه معه في عملية الإبداع العلمي النشطة .

وأخيرا فهذا الكتاب يعتبر مرجعا مهما في المكتبة العربية , وأتمنى أن تتم ترجمته للغات أخرى فهو يحوي معلومات مهمة تفيد الناس في كل الثقافات .

نسأل الله أن يجعله في ميزان حسنات مؤلفه , وأن يكون علما ينتفع به .

الأستاذ الدكتور / محمد المهدي

رئيس قسم الطب النفسي – جامعة الأزهر

# تقديم الطبعة الأولى: "الطب النفسي و القانون"

## بقلم : الأستاذ الدكتور عادل صادق

أستاذ ورئيس مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس

انه لمن بالغ سعادتي ان اكتب مقدمة لهذا الكتاب الذي يحمل عنوان اقل ما يوصف به هو انه جديد وعملي وتطبيقي ، ولطالما نحن العاملين في مجال الطب النفسي اشتقنا لأن يرى مثل هذا الكتاب النور ، فنحن منذ سنوات قليلة كنا نتكلم عن لغة العصر نحاول ان نسايرها ونقتدي بها ونلحق من سبقنا في ركبها ، ولكن حديثا نحن نتكلم بل ونتوق إلي لغة القرن القادم (القرن الحادي والعشرين) التي احتار الكثيرون من العلماء والمفكرون في وصفها والاستعداد لها .. هل هي لغة جديدة لا نعرفها أم هي تطوير للغة سابقة ؟.

في ظني أنها ليست لغة بعيدة عنا وإنما هي تطور أخر للغتنا التي اعتدنا عليها في القرن الحالي ، فهي سوف تتصف بالجدية والنظرة التأملية العميقة للأشياء وتحليل كل ما هو بين السطور وفي حنايا الكلمات ، ومن هنا سوف يتجه الاهتمام الدولي والمحلي بقضايا عدة كانت ثانوية في القرن الماضي ، ولسوف تكون ضرورية بحلول القرن القادم ومن أهم هذه المواضيع موضوع حقوق الإنسان ومواصفات الحياة ،

وكذلك صحة الفرد النفسية والعضوية في ضوء المتغيرات الاجتماعية والثقافية والبيئية في المجتمع الدولي والمحلي ، ومن هنا جاءت أهمية موضوع هذا الكتاب " الطب النفسي والقانون - أحكام وتشريعات ذوى الأمراض النفسية ".

إن مفهوم الطب النفسي والقانون من وجهة نظر البعض من الناس وخصوصا العامة منهم هو مفهوم مختلف تماما من الناحية العلمية والعملية، والأهمية الحياتية للفرد والمجتمع ، حيث إن مفهوم الطب النفسي عادة ما يرتكز علي الناحية التقديرية والتحليلية والنسبية ( Subjectivity ) عكس مفهوم القانون الذي يرتكز أساسا علي مادية الأشياء وواقعها ( Objectivit ) ومن ثم فإن الجمع بينهما تحت عنوان واحد قد يكون غريبا وجديدا علي بعض الناس حني المتخصصين منهم .

إن دراسة الطب النفسي وعلاقته بالقانون لأمر حيوي يتصل اتصالاً مباشراً بمواصفات الحياة للناس ، وسلامة المجتمع ، ويعتبر المقياس الحقيقي لحضارة الشعوب ، والتقييم الصحيح لمنظورات المجتمع السياسية والاجتماعية والثقافية والدينية ، فإن المرض النفسي يختلف عن غيره من الأمراض من حيث ان له طبيعة خاصة في أعراضه وأسبابه وأثاره وطرق علاجه .. فهو يؤثر ليس علي المريض فحسب وإنما علي الأسرة والمجتمع ككل ،

فالمرض النفسي هو مرض يصيب أساسا الوظائف المعرفية مثل الإدراك والتركيز والقدرة علي اتخاذ القرار ، والاستبصار بالمرض ، وهذا يحدث بدرجات متفاوتة في أنواع مختلفة في المرض النفسي فالذهان مثلا يختلف في هذه النقطة عن مرض العصاب ، وكذلك مرض الاكتئاب عن مرض الخرف ، وهكذا ..

ويتميز المرض النفسي بأنه ينتج عن تفاعل عدة عوامل بيولوجية وسيكولوجية وبيئية وثقافية ودينية ، وهذه العوامل تؤثر وتتأثر بطريقة مباشرة وغير مباشرة بالفرد والأسرة والمجتمع ، وكذلك بالعادات والتقاليد والمفاهيم لمختلف الشعوب ، وعندما نتكلم عن طبيعة المرض النفسي فلابد وان يكون هذافي سياق المجتمع حيث إن أعراض المرض النفسي كالضلالات ، والهلاوس ، والانطوائية ، والاندفاعية تقابل غالبا بالرفض والنظرة السلبية ، ويوصم المريض النفسي بوصمة سلبية تلاحقه هو وأسرته طيلة الحياة ، وهناك طبيعة أخرى تميز المريض النفسي وهي انه غالبا لا يشكو من مرضه بل وفي بعض الأحيان يتعايش ويتفاعل مع هذه الأعراض ذات الطبيعة الخاصة ، ولهذا يقع علي المجتمع مسئولية اكتشاف المريض والبحث عنه وتقديم المساعدة للمريض حيثما وجد ولما كان سياق المجتمع يعرف علي انه نسيج واحد متكامل من خيوط مختلفة متشعبة من حيث الطبيعة والوجهة .. متآلفة مع بعضها البعض بطريقة هرمونية متكاملة جاءت أهمية دراسة الطبيب النفسي لأمور عدة تتصل بطريقة غير مباشرة بالطب النفسي كالدراسات الثقافية والاجتماعية والبيئية والدينية والقانونية ،

وعلي ذلك فإنه لمدعاة للفخر ان يصدر هذا الكتاب عن طبيب نفسي يعمل في مجال الطب النفسي لسنوات عديدة ، وله من الخبرة الكافية لتناول هذا الموضوع ، وإعطاء أمثلة كافية ووافية من واقع ممارسة الحياة الإكلينيكية ، وهو أيضا عالم جليل ملم بالنواحي القانونية والفقه والشريعة ، وهذا في حقيقة الأمر يفتح مجالاً هاماً جدا لابد وان نتحدث عنه .. ألا وهو مفهوم " المعلوماتية " .. فنحن علي مشارف القرن الواحد والعشرين نحتاج من المتخصص في اى مجال – طب نفسي كان أو غيره - ان يكون لديه خلفية قوية من مختلف العلوم والمعلومات العامة ، وان تكون لديه القدرة علي التعامل مع وسائل الاتصال والتكنولوجيا الحديثة التي تتطور بسرعة فائقة يوماً بعد يوم .

ومن هنا جاءت أهمية هذا الكتاب الذي يحتوى علي عدة فصول تشمل العلاقة بين الطب النفسي والقانون من عدة زوايا ويتطرق لنقاط مختلفة .. تاريخية .. تشريعية .. قضائية .. إكلينيكية .. الخ .

وعندما نستعرض فصول الكتاب بدءاً بالفصل الأول نجد إن المؤلف أثار نقاطاً عديدة غاية في الأهمية .. منها معدل انتشار الأمراض النفسية ، وكيف انه في تزايد مستمر ، وان هذا التزايد متوقع في جميع إنحاء العالم ، وقد أشار المؤلف إلي ضرورة ان يعمل المجتمع الدولي كوحدة واحدة في التصدي لهذه الظاهرة التي سيكون لها اثر كبير علي المستوى الاقتصادي والسياسي والثقافي للمجتمعات في القرن القادم ،

كذلك أفاض المؤلف في التنويه عن المفهوم الجديد وهو ما يسمي بمواصفات الحياة للمريض النفسي Quality of life .. وكيف انه يتأثر تأثراً شديداً ليس بالنسبة للمريض وأسرته فحسب بل للمجتمع كله ، وكذلك فقد أشار المؤلف في هذا الفصل إلي النظرة السلبية للمرض النفسي ووصمته التي تؤثر تأثيراً مباشراً علي حقوق المريض النفسي في الحياة والعلاج والحماية، وتحرمه من فرص كثيرة تعطي لمرضي آخرين من حيث الرعاية والاكتشاف المبكر للمرض.

وانه لجدير بالذكر اهتمام المؤلف بتعريف ماهية الجنون والغموض المحاط بهذا التعبير مع إيضاح الفرق بينه وبين مفهوم الطب النفسي والعقلي ، وأخيرا يتطرق المؤلف لنقطة هامة جدا وهي مسئولية المريض النفسي عن أفعاله وطرق حمايته .. وما هو الفرق بين الأهلية والكفاءة العقلية ؟ وعلاقتها وتأثرها بالمرض النفسي .. وكيف إن مفهوم الأهلية هو مفهوم قانوني أكثر منه طبي .. وانه ينقسم إلي نوعين جنائية ومدنية ، وأكد المؤلف في نهاية الفصل انه لابد من وجود عمل جماعي يكون بذرة لوضع تشريع عملي مشترك يواكب التطور والأوضاع الراهنة والمشكلات العملية ، حيث إن القانون الساري حاليا في تقييم مسئولية المريض النفسي عن أفعاله يوجد به فجوة كبيرة بين متطلبات العصر والواقع العملي والتقاليد، وانه لا يواكب التطور العلمي الحاصل في مجال الطب النفسي .

ويأتي الفصل الثاني يحمل في طياته نبذه تاريخية عن علاقة الطب النفسي والقانون .. وليس غريبا إن نجد إن أول من فكر في هذه العلاقة هم قدماء المصريين فقد عرفوا منذ ألاف السنين حقوق المريض النفسي وحقه في العلاج والمعاملة الكريمة والدور الأساسي للمجتمع في علاجهم وحفروا ذلك علي جدران معابدهم وأوراقهم البردية الثمينة ، وكذلك ليس بالغريب إن يأتي النور بعد الظلام فقد جاء الإسلام ليرد لهؤلاء المرضي حقوقهم وكرامتهم وذلك بعد فترة طويلة من القهر والظلم في أوروبا ، وانه من المدهش إن نعرف أن أول قسم أمراض نفسية انشأ داخل مستشفي عام بالقاهرة مدينة النور والحضارة ، وقد سمي بمستشفي " قلاوون ".

وقد تجول بنا المؤلف في هذا الفصل عبر طرقات التاريخ وعبق الماضي حتى وصل بنا أخيرا إلي محطة الحاضر وأفاق المستقبل .. فنجده يتكلم عن الطفرة الحديثة في أدوية الطب النفسي والتي شجعت الكثيرين علي الاهتمام بالمريض النفسي وتغيير نظرة المجتمع السلبية أليه ، وكذلك أشار إلي مفهوم أخر حديث هو ضرورة الوصول إلي المريض النفسي حيثما وجد " Community Psychiatry " .. ويختتم المؤلف هذا الفصل بالتنويه والإيضاح لحقوق المريض النفسي ، والفرق بين حقوقه المدنية والجنائية والإكلينيكية ، وأعطي أمثلة لكل منها ، والصعوبات التي نواجه تحقيقها في ضوء ماهية وطبيعة المرض النفسي.

وبعد الاستطراد والتركيز علي الناحية الإكلينيكية في الفصلين الأول والثاني نجد إن الفصل الثالث يهتم اهتماماً أساسيا بالناحية القانونية، والمفاهيم المختلفة التي قد تخفي علي الكثير من الأطباء النفسيين وكذلك العامة من الناسفي معناها ومغزاها والفرق بينها ، فمثلا يشير المؤلف إلي أنواع المحاكم والمحاكمات والقضايا والأدلة الخ .. وتطرق أيضا إلي مفهوم هام جدا وخطير جدا في نفس الوقت وهو علاقة الطب النفسي بالجريمة وكيف إننا نجد إن المريض النفسي يوصم بأنه عنيف وخطر علي نفسه وعلي المجتمع ككل .. وكيف انه بدراسة هذه العلاقة بصورة علمية وإحصائية جيدة وجد إن معدلات انتشار الجريمة في المريض النفسي لا يختلف عنه كثيرا في المرضي غير النفسيين أو الأسوياء من البشر ، وفي حقيقة الأمر إن إيضاح الاختلاف بين مفهوم الجريمة والعمل الإجرامي نقطة هامة جدا تحسب للمؤلف حيث إن المفهوم هلامي ديناميكي يختلف من عصر إلي عصر حتى في وجود التحريات التشريعية المعروفة منذ أمد بعيد ، وان مفهوم الجريمة من الناحية القانونية يختلف عنه من الناحية الطبية .. ففي مجال العقوبة لابد وان يتوافر للعمل الإجرامي عنصرين هامين أولهما الفعل ذاته ، وثانيهما توافر النية والقصد ، ويوجد للنية أربعة مراحل يتم علي أساسها تقدير العقوبة .

وتعرض المؤلف في هذا الفصل لإحكام المسئولية الجنائية وتطورها عبر التاريخ بدءاً " بحمورابي " الذي كان يأخذ في الاعتبار الحالة العقلية أثناء وقوع الجريمة ماراً " بأرسطو " الذي كان يعتد بالإرادة ، وفي العصر الروماني كان ينصف المريض النفسي ، وتسقط عنه المسئولية ، وقد أوضح المؤلف الاختلاف بين طبيعة مختلف القواعد في عامل مهم جدا، وهو قدرة كل منها علي تقدير وتقييم المسئولية الجنائية للمريض النفسي .. فمنها من يتساهل كقانون " درهام " الذي يعتبر المريض غير مسئول إذا كان هذا العمل نتيجة عقل مريض أو ناقص ، وعلي النقيض نجد قاعدة " مكناتن " الذي يشترط عدم معرفة وفهم طبيعة العمل وعدم القدرة علي التفرقة بين الصحيح والخطأ كشرط أساسي لعدم المسئولية ، وفي حقيقة الأمر كان وما زال رد فعل لبعض الأحداث السياسية التي تتطلب موقفاً متشدداً من الجهات القانونية لتهدئة الرأي العام لمحاولة اغتيال الرئيس الأمريكي السابق رونالد ريجان والتي أعقبها توصيات من رابطة الطب النفسي الأمريكي لتطوير أحكام المسئولية الجنائية لمريض الطب النفسي.

ولابد من الإشارة في هذا المجال إلي إن هذا الوضع هو نقطة حقيقية ، حيث انه من المفترض إن تكون هذه الأمور محسومة ومشرعة تشريعاً ثابتاً لا يتغير أو يتحور حسب الأجواء السياسية والاجتماعية مما يقلل من مصداقيتها ، ويؤثر تأثيراً سلبياً ومباشراً علي المريض النفسي ونظرة المجتمع له ، وعلي الصعيد الأخر

ففي البلاد العربية وكذلك في مصر يوضح المؤلف الاختلاف الحالي عن المجتمع الغربي حيث يحتوى القانون علي كلمات تتصف بالغموض ومثيرة للجدل لأنها غير واضحة وليس بها تحديد أو توثيق لهذه المفاهيم مثل فاقد الشعور .. عاهة العقل .. الجنون ..

وقد أشار المؤلف في هذا الفصل إلي دور الطبيب النفسي في المحكمة ، وانه في الأساس دور استشاري لا يقوم عليه الحكم ، وتنقسم شهادة الطبيب النفسي إلي نوعين اعتمادا علي الخبرة والهدف من الشهادة، وقد وصف المؤلف الخطوات اللازمة للتقييم السليم من جهة الطبيب النفسي وصفاً جيداً وشاملاً وتطبيقي ، وجدير بالذكر هنا الإشارة إلي أرقام هامة جدا استخدمها المؤلف ليصف بها حجم المشكلة والصعوبات التي يقابلها الطبيب النفسي في هذه الحالات .. فيقول إن 80% ممن يرتكبون الجرائم ويتقدمون لطلب الدفاع الجنوني " Insanity Defence " في أمريكا يتم إدانتهم .. اى انه لا يقبل سوى 20% فقط من المتقدمين ، وان 40% ممن يرتكبون جرائم القتل يصابون بفقدان جزئي أو كلي للذاكرة عقب الحادث مما يزيد الأمر تعقيدا .

ويتطرق المؤلف بعد ذلك في الفصل الرابع لموضوع لا يقل أهمية عما سبقه من موضوعات بل ويزيد بكونه من واقع الحياة الإكلينيكية المرتبطة ارتباطا وثيقا بالقانون والأحكام التشريعية .. وهو سوء ممارسة واستخدام الطب النفسي ،

وقد أعطي المؤلف أمثلة غاية في الأهمية كالعلاقة الجنسية بين المريض والطبيب ، وإهمال العلاج وعدم توافره للمريض، وكذلك حالات الادعاء والتمارض ، فمثلا لابد وان يكون الطبيب النفسي مؤهلاً من الناحية العلمية والعملية للتفريق بين حالات الادعاء والتمارض وحالات الهستيريا وحالات اضطرابات اختلاق المرض .. فهذا التفريق هام للغاية من الناحية القانونية والجنائية ، وعدم الدراية والقدرة علي هذا التفريق يعتبر مثالاً هاماً لسوء ممارسة الطب النفسي .

ومن هذا يتضح إن حقوق المريض النفسي ما زالت مصدر جدل، وننتظر حلا يحسم الخلاف بينها ، ويقلل بل ويتعامل مع التداخل بين موقف الطب النفسي مع القواعد القانونية ومنظور الشريعة الإسلامية،و كان هذا مجال تركيز المؤلف في الفصل الخامس وإعطاؤه اسم"اعتبارات أخلاقية"، وقد تحدث المؤلف عن أمثلة كثيرة كالثقة والحق في السرية والامتياز وتعتبر هذه شروط العلاقة بين المريض النفسي والطبيب النفسي ، وهي من أقوى وأعمق العلاقات في مجال الطب النفسي مقارنة بتخصصات أخرى ، وكذلك أشار المؤلف إلي الدخول الإلزامي للمريض ، ومشكلات الاستشفاء حيث إن الدخول بدون رغبة المريض يعتبر عقاباً أكثر منه علاج ، ويسقط للمريض إحساسه بالحرية .

إن هذا الفصل يحتوى علي إشارة لموضوع غاية في الأهمية هو دور السياسة والإعلام في الاهتمام بالمريض النفسي ونظرة المجتمع أليه ، وكيف إننا نحن الأطباء النفسيين لنا دور مباشر وقوى في توجيه هذه المجالات التوجيه الصحيح والاستفادة قدر الإمكان من القوى المتاحة لهذه المجالات .

ويحسب للمؤلف إشارته إلي أحكام الشريعة الإسلامية ومنظور الإسلام للمريض النفسي ، فإن الإسلام لا يشترط فقط العدل بل أيضا الإحسان والرحمة حتى يتأتي لهؤلاء المرضي وضعا ملائما ومعاملة بالمثل مع الأسوياء من غير المرضي ، وينص الإسلام بأن العقل هو التكليف والفهم والقدرة علي منع النفس عن فعل ما تهواه والتمييز بين الصواب والخطأ ، وبذلك يكون قد سبق العلم والنظريات الحديثة في تقييم المسئولية الجنائية للمريض النفسي ، وكذلك فإن النصوص الموجودة بالإسلام والتي تتعلق بصورة مباشرة أو غير مباشرة بالأحكام الشرعية تساهم وتوضح إلي حد كبير في تقدير وفهم حقوق المريض النفسي ، ومن هذه النصوص مثلاً " لا ضرر ولا ضرار " ، والأمور بمقاصدها ، الخ .. ويكفل الإسلام لكل إنسان من الحقوق ما تتطلبه الحياة الكريمة بحكم الإنسانية ، ولا يشترط في أهلية اى شخص لاكتساب حقوقه إن يكون عاقلا أو بالغا .. إن الحق في العلاج من منظور الإسلام أمر وتكليف من الله سبحانه وتعالي في المحافظة علي النفس وعدم الإلقاء بها إلي التهلكة ،

حيث يؤدى ترك العلاج إلي ذلك ، وقد أشار المؤلف إلي أهمية التركيز علي الجانب الإيماني والعلاج النفسي الديني الذي يفيد في كثير من الحالات للتغلب علي الأعراض ، وركز المؤلف علي أهمية الكلمة الطيبة وأثرها العميق في النفس ودور الأطباء النفسيين المسلمين في الاستفادة من هذه الأساليب في العلاج النفسي.

وعلي هذا فقد تبين إن الإسلام ليس فقط له السبق في افتراض وتشريع حقوق المريض النفسي بل واتفق في كثير من الأمور مع احدث النظريات في الطب النفسي المعاصر ، ولكنه علي النقيض يختلف معه في بعض الأمور كاعتبار الشذوذ الجنسي واضطراب الشخصية والسلوك شيئي مرضي بل يعتبره جزء من الاستسلام لهوى النفس لا يبرر الإعفاء من مسئولية ارتكاب المخالفات ، وكذلكلا يعرف أشباه المجانين أو إنصاف العقلاء .

وختاما لابد من التعليق علي التنوع والثراء بالمراجع العربية والأجنبية التي استند إليها المؤلف ، وتبقي كلمة شكر وتقدير لجهود المؤلف وتطرقه لهذا الموضوع الحيوي ، وقد شرفني قراءة هذا المرجع العظيم وكتابة مقدمة له وبالتوفيق إن شاء الله ،،،

الأستاذ الدكتور

عـــــــادل صـادق

# الفصل الأول مدخل إلى الأمراض النفسية بين الطب والقانون والمنظور الإسلامي

تمثل الأمراض النفسية إحدى المشكلات الهامة للإنسانية في العصر الحالي ، ولا يكاد أي مجتمع في أنحاء العالم يخلو من المرضى النفسيين والمعاقين عقليا كما تؤكد تقارير منظمة الصحة العالمية ، وينشأ عن الإصابة بالأمراض النفسية والإعاقة العقلية معاناة هائلة للمريض النفسي وأسرته والمجتمع عموما نتيجة لتأثير التدهور العقلي على حالة المريض وعجزه عن تحقيق الاستفادة الكاملة من قدراته ، أو أداء وظائفه ، أو التوافق مع الحياة ، وبعد أن نجح التقدم الطبي في بسط سيطرة العلم على الكثير من الأمراض الخطيرة التي كانت تمثل في الماضي القريب تهديدا للصحة العامة ، وتحصد الكثير من الأرواح فإن الصحة النفسية لم تكن في مقدمة الأولويات على مدى سنوات طويلة حتى بدأت في الآونة الأخيرة علامات اهتمام متزايد بالصحة النفسية على مستوى كل المجتمعات.

ويؤكد ذلك الاهتمام العالمي بالصحة النفسية إعلان الأمم المتحدة بشأن حماية الأشخاص المصابين بأمراض عقلية ، وتحسين مستوى الصحة النفسيةفي عام 1991 ، والإعلانات التي أصدرتها الأمم المتحدة قبل ذلك بشأن حقوق الأشخاص المعاقين عقليا ونفسيا ، ووثائق الاتحاد العالمي للصحة النفسية WFMH

مثل وثيقة الأقصر لحقوق المرضى النفسيين في عام 1989،وإعلان هاواي من الجمعية العالمية للطب النفسي WPA في عام 1992 ، وتوصيات المجلس الأوربي حول الطب النفسي وحقوق الإنسان في عام 1994 ، ومبادرة منظمة الصحة العالمية WHO في عام 1997 تحت عنوان : "الأمم من اجل الصحة النفسية "Nations for mental health ، واهتمام الهيئات والمنظمات في العالم العربي والإسلامي بموضوعات الصحة النفسية وحقوق المرضى النفسيين ، والمثال على ذلك جهود المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية ، وما تعقده من ندوات وما يصدر عنها حيث كان أخرها في عام 1997 الندوة الفقهية الطبية العاشرة حول حقوق المعاقين نفسيا وعقليا في الإسلام ، ومعها عقدت منظمة الصحة العالمية المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية في مختلف الشرائع بما في ذلك الشريعة الإسلامية ، وكان لي شرف المشاركة في أعمال هذا الملتقي الذي تم في مراجعة تشريعات الصحة النفسية علي مستوى الدول العربية والإسلامية في المنطقة.
وتتناول هذه الدراسة الجوانب المختلفة في موضوع حقوق المرضى النفسيين وما يتعلق به من وجهة النظر النفسية ، ومن النواحي القانونية ، والمنظور الإسلامي للقضايا والمسائل التي يدور حولها النقاش ، ويحتوى الكتاب على عدة فصول

حيث يتضمن الفصل الأول نظرة عامة على الأمراض النفسية في العالم ومدى انتشارها من واقع الأرقام والإحصائيات ، وأنواع الأمراض النفسية مع التعريف العلمي لبعض منها ، وطبيعة الأمراض النفسية ، والوصمة التي تحيط بالإصابة بها،والأعباء التي يتحملها المريض وأهله والمجتمع بسبب الإصابة بالمرض النفسي.

ويشتمل الفصل الذي يتناول عرض حقوق المريض النفسي نجد لمحة تاريخية لتشريعات الصحة النفسية ، والحق في العلاج للمرضى النفسيين وإلزامهم بالعلاج في بعض الأحوال ، والموقف المترتب على رفض المريض للعلاج ، وأهمية الموافقة على أساليب العلاج المستخدمة من جانب المريض النفسي ، وتم في هذا الفصل أيضا عرض الحقوق المدنية للمرضى النفسيين وتشمل الحق في الحرية ، والحقوق المالية والاقتصادية ، وحق الزيارة والاتصال بالآخرين ، وحق الخصوصية والحق في الترشيح والتصويت ، والأحوال الشخصية كالزواج والطلاق.

وفى الفصل التالي من الكتاب تم عرض العلاقة بين الطب النفسي و القانون، ويبدأ بمقدمة حول تعريف الطب النفسي الشرعي ، وأنواع المحاكم والمحاكمات والقضايا في القوانين الوضعية الحالية ، ثم تعريف بالجريمة وجوانبها النفسية ، وفلسفة العقاب في المخالفات والجرائم ، وعرض لتطور أحكام المسئولية الجنائية على مدى القرون الماضية وتعريف بالقواعد التي تم وضعها في هذا المجال

وتغيرت على مر العصور حتى وقتنا الحالي ومفهوم الأهلية أو الكفاءة العقلية وأنواعها وهى الأهلية المدنية الخاصة بالعقود والمعاملات والتصرفات المالية وما يترتب على فقدانها مثل الحجر ، والأهلية الجنائية وأحكامها القانونية.

وفى فصل آخر تم عرض بعض المشكلات العملية التي تتعلق بحقوق المرضى النفسيين من واقع الممارسة المهنية للطب النفسي ، ومنها هموم المرضى النفسيين الناجمة عن وصمة المرض وأعباء الرعاية والعلاج ، وعلاقة العنف بالمرض النفسي ، وخطورة بعض الحالات النفسية، ودور الطبيب النفسي في المحكمة حين يتعاون مع القضاء، ثم حالات التمارض أو ادعاء المرض وكيفية اكتشافها .

ويتضمن الكتاب عرضاً لبعض الاعتبارات الأخلاقية التي تتعلق مباشرة أو بطريقة غير مباشرة بحقوق المرضى النفسيين ، وفى مقدمة القضايا التي تناولها البحث في هذا الفصل موضوع الثقة والحق في السرية والامتياز الذي يتمتع به المريض النفسي في حفظ المعلومات الخاصة به ، والحالات التي يمكن فيها إفشاء سر المريض من الناحية القانونية ، ثم مسألة الواجب المترتب على الأطباء في حماية الأشخاص الآخرين والمجتمع والتحذير من المضاعفات المتوقعة عند التنبؤ بها ،

وفى هذا الفصل تم مناقشة المشكلات المتعلقة بالدخول الإلزامي للعلاج وما يحيط به من اعتبارات ، والعلاقة بين الطبيب و المريض النفسي ، وحالات سوء الممارسة الطبية و أنواع الخطأ الطبي في ممارسة الطب النفسي.

ويعتبر الفصل الخاص بالمنظور الإسلامي لحقوق المرضى النفسيين والأحكام الشرعية الخاصة بذلك المنطقة الهامة حيث يتضمن بيان حكم الإسلام في كثير من المسائل والقضايا التي تم التعرض لها في الفصول السابقة .

وبعد إلقاء نظرة عامة على المنظور الإسلامي للمرضى النفسيين وحقوقهم تم وضع بعض التعريفات للعقل والجنون بمختلف أنواعه ، ولمحة عن القضاءفي الإسلام ، والقواعد الكلية في الشريعة الإسلامية ، ثم عرض لحقوق المرضى النفسيين من وجهة نظر الفقه الإسلامي مثل حق العلاج ، وحقوقهم الأخرى كالحق في الزواج والطلاق وما يتعلق بذلك من أحكام شرعية في مختلف المذاهب ، والحق في الترشيح والتصويت،والأحكام الخاصة بالمسئولية الجنائية والأهلية  في الشريعة الإسلامية ، كما يتضمن هذا الفصل دراسة لأحكام الشريعة الإسلامية في بعض المشكلات المعاصرة والاعتبارات الأخلاقية التي تم عرضها ولا تزال موضع جدل وخلاف في ممارسة الطب النفسي و القوانين الوضعية مثل سر المريض ، الحجر ، وحكم الإسلام في الدخول الإلزامي ورفض المريض للعلاج ، والمسائل الخاصة بالعلاقة بين الطبيب و المريض.

وفى نهاية الكتاب تم وضع الاستنتاج ومقترحات عملية وتوصيات في نقاط محددة قابلة للتطبيق والتنفيذ والخطوات المقترحة لذلك ، والمراجع العربية والأجنبية التي تم الرجوع إليها في إعداد فصول الكتاب وهذه الدراسة وتوثيق المعلومات التي جاءت بها ، وتم إضافة بعض الملاحق إلي الكتاب تحتوى علي مبادئ الأمم المتحدة حول حقوق المرضي النفسيين ، وبعض الوثائق والمعلومات حول الأمراض النفسية ، وقانون الأمراض العقلية وتعليق عليه ، وملخص للدراسة باللغة الانجليزية ، وتعتبر هذه الدراسة تناول متعدد الجوانب لإحكام المرضى النفسيين من وجهة نظر الطب النفسي ، ومن النواحي القانونية ، والمنظور الإسلامي الذي يمثل الحل للمسائل والقضايا التي يدور حولها النقاش والبحث .

و تشير الدراسات التي أجريت في مجتمعات مختلفة في بلدان العالم في الشرق والغرب إلى وجود الأمراض النفسية بنسب متفاوتة في كل مكان ولا يكاد يخلو من أنواعها المتعددة آي مجتمع من المجتمعات ، وقد أكدت ذلك دراسات متعددة للأمراض النفسية في دول الغرب المتقدمة وبعض المجتمعات البدائية ، والدول التي يطلق عليها العالم الثالث ، وتدل دراسات أخرى على تشابه أعراض الأمراض النفسية التي تصيب الإنسان في المجتمعات المختلفة من حيث مظاهرها الرئيسية ،

وإن لوحظ اختلاف في بعض التفاصيل خصوصا المعتقدات التي ترتبط بالمرض النفسي ، ومفاهيم الناس وتفسيرهم لأسبابها ، والأعراض ، والطرق التي يلجأ إليها الإنسان للعلاج حيث يختلف ذلك تبعا للخلفية الثقافية والاجتماعية ، وتذكر تقارير منظمة الصحة العالمية أن الأمراض النفسية تختلف عن غيرها من المشكلات الصحية الأخرى في أنها تتسبب في الإعاقة ، وتمنع المصابين بها من أداء وظائفهم في المجتمع بصورة تفوق غيرها من الأمراض الأخرى ، كما أن التقدم الطبي الذي أدى إلى تحسن غير مسبوق في الحالة الصحية الإنسان في بلدان العالم في السنوات الأخيرة ، والذي تمثل في التخلص من كثير من الأمراض المعدية التي ظلت لوقت طويل تحصد الكثير من الأرواح لم يواكبه تطور مماثل في الصحة النفسية حيث أصبحت الأمراض النفسية تشكل تهديدا خطيرا وتحديا للإنسانية في العصر الحالي.

حجم المشكلة بالأرقام :

تشير الإحصائيات الصادرة من منظمة الصحة العالمية إلى تزايد هائلفي انتشار الاضطرابات النفسية في العالم نتيجة لعوامل كثيرة ومتداخلة ؛ نفسية ، وبيولوجية ، واجتماعية ، ويمكن من خلال الأرقام الاستدلال على حجم المشكلة حيث إن الاضطرابات النفسية تصيب أعدادا كبيرة من الناس في مختلف مراحل العمر ، ومن مختلف المستويات الاقتصادية والاجتماعية ، وتتسبب في تدهور ومعاناة يمتد تأثيرها من المريض إلى الأسرة و المجتمع .

و الطب النفسي هو أحد فروع الطب ويهتم بدراسة أسباب وعلاج اضطرابات العقل ، بينما تعني بقية فروع الطب الأخرى بالأمراض المختلفة التي تصيب الجسد ، وذلك انطلاقاً من أن الإنسان هو نفس وجسد يكمل كلاهما الآخر ، حيث أن الأمراض التي تصيب الجسد تؤثر في النفس ، وكذلك فإن اضطرابات العقل تؤثر في الجسد .

ولقد شهدت السنوات الأخيرة تطوراً هائلاً في الطب النفسي من حيث اكتشاف الكثير من الحقائق عن الاضطرابات النفسية، والتوصل إلي أساليب فعالة في علاج الكثير من الأمراض النفسية، وقد شمل هذا التطور استحداث تخصصات متنوعة داخل الطب النفسي تعني بالأمراض النفسية للأطفال أو المراهقين، أو تلك التي تصيب كبار السن، أو المشكلات الأسرية والزوجية والجنسية، والطب النفسي الشرعي وغير ذلك.

أما علم النفس فإنه يعني بدراسة الظواهر النفسية والسلوك الإنساني الطبيعي وهو يختلف عن الطب النفسي في أن الأخير يهتم أساساً بحالات المرض والاضطراب ، لكن تظل الإحاطة بالوظائف النفسية الطبيعية للإنسان علي درجة من الأهمية للأطباء النفسيين حيث تكمل معرفتهم بجذور وأسباب الاضطرابات النفسية.

**الطب النفسي الشرعي:**

يعتبر الطب النفسي الشرعي Forensic Psychiatry أحد التخصصات الدقيقة الفرعية للطب النفسي.. و يبحث في الجوانب الطبية والقانونية, وعلاقة المرض النفسي بالقانون.

What is forensic psychiatry?

- Forensic psychiatry is a branch of medicine which focuses on the interface of law and mental health.
- It may include psychiatric consultation in a wide variety of legal matters
  - expert testimony
  - clinical work with perpetrators and victims.

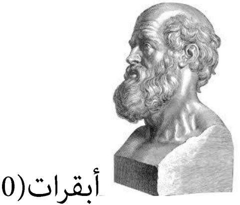
و في الأصل فإن الحالة الصحية للإنسان لا تتجزأ وهي تشمل الصحة البدنية والصحة النفسية معاً ، وكما ذكرنا فإن الصحة البدنية وهي حالة الجسم ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالصحة النفسية وتتأثر بها ، ومن هنا يجب تناول المرضي بنظرة شاملة تأخذ في الاعتبار ما يعانون منه من شكاوى بدنية ومعاناة نفسية .

والواقع أن فكرة العامة من الناس في مصر وفي بلاد أخرى كثيرة عن الأمراض النفسية ليست دقيقة أو واقعية مما أدى إلي تناقص الاهتمام بالصحة النفسية بصفة عامة مقارنة بنفس الدرجة من الاهتمام بالنواحي الطبية الأخرى ،

وربما كان السبب في ذلك هو وجهة النظر العامة نحو المرض النفسي وعدم تقدير أهمية الرعاية النفسية للمرضي الذين تتطلب حالتهم ذلك ، لذا فمن المهم توجيه برامج للتوعية بالمرض النفسي تهدف إلي إزالة الغموض ومحاربة المعتقدات الخاطئة المتعلقة بنظرة الناس لهذه الحالات ، فالمرض النفسي لا يختلف عن الأمراض المعتادة التي يعالجها الأطباء .

نبذة تاريخية:

المرض النفسي قديم قدم التاريخ ، فقد وصف قدماء المصريين علي بعض أوراق البردي التي عثر عليها بعض الحالات النفسية وعلاجها ، وذكر حكماء وفلاسفة الإغريق ومنهم أبقرات(400 ق م) الكثير من الحقائق والنظريات عن الأمراض النفسية ، والعلاقة التي تربط النفس بالجسد.



أبقرات(400 ق م )

وجاء الإسلام بعد ذلك بمنهجه المتكامل في تنظيم كل أمور الحياة فكان المنظور الإسلامي الشامل الذي اهتم بالجانب الروحي والنفسي من خلال الإيمان القوى بالله تعالي .. وفي العصور الوسطي ارتبطت الأمراض النفسية باجتهادات ومعتقدات مختلفة

حتى ظهر مجموعة من علماء النفس بالغرب أمثال فرويد تم بواسطتهم تطوير المفاهيم الحديثة في علم النفس والطب النفسي ، حتى جاء التطور الهائل في النصف الثاني من القرن العشرين والذي أحدث ما يشبه الثورة في وسائل التشخيص والعلاج . ومع التطور الكبير الذي شهده العصر الحالي لوحظ زيادة هائلة في انتشار الاضطرابات النفسية ، ولم يكن ذلك مجرد انطباع أدى إلي إطلاق تسمية العصر الحالي بعصر الاكتئاب أو عصر القلق بل بناء علي إحصائيات دقيقة تذكر مثلاً أن الذين يعانون من الاكتئاب النفسي في العالم اليوم تصل نسبتهم إلي 5% ( آي حوالي 300 مليون إنسان ) كما يقدر عدد مرضي الفصام العقلي وهو أحد الأمراض النفسية المزمنة بنسبة 1% من السكان ، وهذا يعني أن عدد مرضي الفصام يصل إلى حوالي 500 ألف مريض في مصر ، وهذه مجرد أمثلة علي انتشار الأمراض النفسية في عالم اليوم تعطي دلالة علي أهمية هذه الحالات وضرورة توفير الرعاية والاهتمام لها .

**علاج الأمراض النفسية ..أين وكيف ؟**

مع التطور الحديث في الطب النفسي أصبح علاج الأمراض النفسية علم وفن يقوم علي أسس وقواعد مدروسة تأخذ في الاعتبار طبيعة الحالة المرضية وظروف المريض وخلفيته الأسرية والاجتماعية ،

وبعد أن كان العلاج في الماضي يتم عن طريق الحكماء والمتطببين وبأساليب بدائية ظهرت الآن الأساليب الحديثة المتنوعة في العلاج النفسي يعتمد بعضها علي العقاقير والبعض الآخر علي التفاعل بين المعالج المدرب وبين المريض في صورة جلسات ، كما أصبح العلاج يسير بموجب خطة توضع لكل حالة ، وله أهداف محددة .

ويلاحظ الآن وجود العيادات والمستشفيات النفسية التي تضم المتخصصين في علاج الاضطرابات العقلية المختلفة ، وفي ممارسة الطب النفسي الحديث يقوم علي العلاج - بالإضافة إلي الطبيب النفسي المتخصص - الباحث النفسي والأخصائي الاجتماعي والممرض النفسي ، وكل هؤلاء معاً يعملون في صورة فريق متكامل للوصول إلي التشخيص وتقديم العلاج .

ويتم علاج الغالبية العظمي من المرضي في العيادات الخارجية دون الحاجة لدخول المريض إلي المصحة واحتجازه هناك ، ويتطلب الأمر تردد المريض لفترة كافية للمتابعة ، ويتم العلاج عن طريق الأدوية ، وجلسات العلاج النفسي التي يتم فيها الحوار مع المريض والاستماع إليه وتوجيه النصح والإرشاد المناسب له ، وهناك أساليب أخرى مثل العلاج الكهربائي للحالات التي تتطلب ذلك ، وفي عدد محدود من الحالات يستلزم الأمر بقاء المريض داخل المصحة حتى يتم تقديم العلاج الملائم له إذا كانت هناك خطورة محتملة علي المريض أو علي من حوله ، وفي كل هذه الحالات يتطلب الأمر تعاون أهل المريض في القيام علي رعايته أثناء فترة العلاج .

الحالة الاقتصادية ومستوى التعليم والإصابة بالمرض النفسي :

يعتقد الناس بان الاضطرابات النفسية تحدث بكثرة في طبقات اجتماعية معينه نتيجة لضغوط الفقر أو ضعف مستوى التعليم ، ولدراسة العلاقة بين المرض النفسي والمستوى الاجتماعي تم تحديد الطبقات الاجتماعية وتقسيمها إلي خمس فئات ، تضم الأولي أعلي الطبقات الاجتماعية من حيث مستوى التعليم والدخل والمعيشة والأخيرة أقل الفئات وأكثرها فقراً من حيث مستوى المعيشة والتعليم ، ورغم الأمراض النفسية ليست حكراً علي الطبقات الدنيا من المجتمع إلا أنه لوحظ أن بعض الأمراض يزداد انتشارها في الأحياء الأكثر فقراً في المدن المزدحمة مثال ذلك مرض الفصام العقلي ، بينما لوحظ أن مرضي الاكتئاب هم من الأفراد الذين يتمتعون بمستوى تعليمي واجتماعي مرتفع .

كذلك تدل الدراسات علي ازدياد معدلات الجريمة والبطالة والإدمان في بعض الطبقات في الفئات التي تنتمي إلي مستوى تعليمي وثقافي ومهني متدني ، ويرتبط ذلك بسلوك مميز وبالاضطرابات النفسية أيضاً ، لكن هذه القواعدلا تنطبق علي المجتمعات المختلفة ، فالبلدان المتقدمة يعاني سكانها من مشكلات نفسية متفاقمة رغم ارتفاع مستوى المعيشة فيها مقارنة بالمجتمعات النامية ، لذلك يمكننا القول بأن المرض النفسي يصيب الناس من كل الفئات ، ويتخطى الفوارق الاجتماعية ، ويحدث في كل مجتمعات العالم .

**تشخيص الأمراض النفسية :**

من هذه الناحية فالأطباء من مختلف التخصصات أكثر حظاً من الأطباء النفسيين.. فالمهمة التي يقومون بها في تشخيص المرض والتوصل إلي حالة المريض ثم علاجه أيسر بكثير من تلك التي يواجهها الطبيب النفسي لكشف غموض الحالات النفسية ، وغالباً ما يتعين علي الطبيب النفسي أن يستكشف بصبر وأناة حياة المريض السابقة منذ الطفولة ، وخلفيته الأسرية والاجتماعية والمواقف التي تعرض لها طول حياته ، فكل هذا له علاقة مباشرة أو غير مباشرة بالاضطراب الذي يعتبر الحلقة الأخيرة في سلسلة تفاعلات نفسية أدت إلي المرض .

ورغم أنه لا توجد أداة تشبه السماعة الطبية يمكن بها فحص المريض النفسي وتشخيص اضطرابات العقل فإن لدى الأطباء النفسيين بعض الأسس والقواعد التي تمكنهم من التوصل إلي تشخيص حالة المريض وإن كان ذلك يتطلب الكثير من الوقت والمجهود ، ويكفي أن نعلم أن المقابلة الأولي مع المريض النفسي عند زيارته للطبيب لا يجب أن تقل عن ساعة كاملة حتى يمكن التطرق إلي كل جوانب الحالة وفقاً لمعايير الطب النفسي السليمة .

وكما يستعين الأطباء عامة بالتحاليل وفحوص الأشعة فإن الطبيب النفسي قد يطلب بعض الاختبارات والمقاييس النفسية التي تساعد في الوصول إلي تشخيص الحالة ، ويتم في العادة إجراء تلك الخطوات بواسطة الباحث النفسي الذي يتخصص في علم النفس ويكمل مع الطبيب النفسي ومع الأخصائي الاجتماعي الفريق العلاجي المتكامل ، وهذا يدل علي مدى الحاجة إلي تناول المريض النفسي بصورة شاملة مقارنة بالمرضي الآخرين

## الأمراض النفسية و العقلية الأنواع..و التشخيص

يتكون الإنسان من الجسد ( Body ( Soma وهو ذلك الكيان المادي الذي يراه الآخرون، والنفس Psyche أو العقل Mind أو الروح ، وهذه لا ترى لكن هناك ما يدل علي وجودها .

الطب النفسي Psychiatry هو أحد فروع الطب الذي يهتم بالاضطرابات التي تصيب النفس أو العقل ، بينما تهتم كل فروع الطب الأخرى بأجزاء الجسد .

علم النفس Psychology يبحث في الظواهر والسلوكيات الإنسانية الطبيعية قبل إن يصيبها الاضطراب .

والعقل في الإنسان هو الذي يسيطر علي وظائف الجسد ويتحكم في سلوك الإنسان ، وتتم العمليات العقلية داخل المخ أو الدماغ Brain وهو الجزء الرئيسي في الجهاز العصبــــي Nervous system .

وتتضمن الوظائف العقلية الأساسية ما يلي :

الوجدان Affect أو الشعور والعواطف والانفعال .

العمليات العقلية Intellect مثل التفكير والذكاء والذاكرة .

السلوك Behaviour وهي التصرفات والأعمال التي يقوم بها الإنسان .

مم يتكون العقل .. وكيف يعمل !؟

العقل والنفس الإنسانية هي أمور لا ترى لكننا نشعر بها وهي جزء لا يستطيع الإنسان الحياة بدونه ، والعقل الواعي هو الذي نتعامل به مع حقائق الحياة بينما العقل الباطن Unconscious mind هو الذي يتم فيه اختزان الخبرات والأفكار التي يمر بها الإنسان طول حياته .

**نبذة تاريخية :**

الأمراض النفسية قديمة قدم الإنسانية ، وتصف بعض أوراق البردي بعض الحالات وطرق العلاج بالأعشاب والترويح ولدى الكهنة ، وفي العصور الوسطي كان المرضي يعاملون بقسوة ظناً أنهم تحت تأثير الأرواح الشريرة ، وبدأ بعد ذلك إنشاء المصحات العقلية للعلاج ، وقد تطورت حديثاً وسائل العلاج لكل الأمراض النفسية.

**انتشار الأمراض النفسية :**

تشير الإحصائيات إلي تزايد انتشار الأمراض النفسية بكل أنواعها في كل بلاد العالم ، وتبلغ نسبة الإصابة بالقلق وهو أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً من 20-30% من سكان العالم ، كما تبلغ نسبة الإصابة بالاكتئاب النفسي 7% ، وحالات نوبات الهلع نسبة 12%، واضطراب الشخصية نسبة 3%، ومرض الفصام ( الشيزوفرنيا ) حوالي 1% ، والوسواس القهري 3% ، والتخلف العقلي 2-4% ، كما تشير الإحصائيات إلي أن معدلات الانتحار تصل إلي 800 ألف حالة سنويا، وهذه الأرقام تدل علي وجود ملايين من الحالات النفسية التي تحتاج للعلاج بالإضافة إلي نسبة كبيرة من الذين يعانون من مشكلات نفسية لكنهم لا يطلبون العلاجولا تعرف أعدادهم علي وجه التحديد .

**الجهاز العصبي .. التركيب والوظائف :**

يتكون جسم الإنسان من مجموعة من الخلايا تتجمع في أنسجة لتكون الأعضاء والأجهزة التي تقوم كل منها بوظيفة محددة ، ومن أمثلة أجهزة الجسم الجهاز الدوري الذي يتكون من القلب والأوعية الدموية ، والجهاز التنفسي الذي يتكون من الرئتين والممرات الهوائية، والجهاز الهضمي الذي يضم المعدة والأمعاء ، أما الجهاز العصبي فإنه يتحكم في وظائف أجهزة الجسم الأخرى بصفة عامة .

ويتكون الجهاز العصبي في الإنسان من :

الجهاز العصبي المركزي يضم :

- المخ : علي شكل نصفي كرة ، وجذع المخ وخلفه المخيخ .

- النخاع ألشوكي .

الأعصاب الطرفية التي تمتد إلي أعضاء الجسم والأطراف.

يقوم الجهاز العصبي بدور التحكم والسيطرة علي وظائف أجهزة الجسم الأخرى ، وبه تتم العمليات العقلية مثل وظائف التفكير والذاكرة والعواطف والسلوك ، وتقوم الخلايا العصبية بأداء هذه الوظائف ويتم التفاهم والتنسيق بين هذه الخلايا وتبادل الإشارات فيما بينها عن طريق نبضات كهربائية وكيميائية.

كيف نفحص الحالة النفسية والعقلية ؟



هناك أهمية خاصة للاكتشاف المبكر للحالات النفسية ، والتشخيص الدقيق للحالة يفيد في بدء العلاج المناسب مبكراً ومنع المعاناة الطويلة والإعاقة النفسية والعقلية ، وفي الطب النفسي كما في الطب الباطني يتم الفحص عن طريق جمع معلومات عن التاريخ المرضي للحالة ثم فحص الحالة العقلية ، وقد يتم اللجوء إلي بعض الاختبارات تماماً مثل التحاليل الطبية في المختبر لتأكيد التشخيص قبل بدء العلاج .

كيف يتم فحص المريض النفسي !؟

التاريخ المرضي : وهو عبارة عن معلومات شخصية عن المريض ( العمر والعمل والتعليم والحالة الزوجية ) ، والشكوى ، والتاريخ المرضي السابق ، والأمراض في الآسرة ، ومعلومات عن مرحلة الطفولة والدراسة والزواج ، وصفات الشخصية .

فحص الحالة العقلية : ويتم ذلك من خلال ملاحظة ما يلي :

المظهر العام والسلوك - طريقة الكلام وموضوعاته - ملاحظة حالة المزاج والانفعال - طريقة التفكير ومحتواه - الانتباه والتركيز - الذاكرة - الذكاء - المعلومات العامة - إدراك الزمان والمكان والأشخاص - والاستبصار بالحالة المرضية .

ومن خلال المعلومات التي تتوفر من التاريخ المرضي وفحص الحالة العقلية يمكن تشخيص الحالة إكلينيكيا ، وقد يتطلب الأمر إجراء بعض الاختبارات النفسية الإضافية .

**الاختبارات النفسية :**

يمكن استخدام الاختبارات في الدراسات للمسح واكتشاف الحالات ، وفي تأكيد التشخيص، وفي متابعة درجة تحسن بعض الحالات .. ومنها الاختبارات الاسقاطية Projective ومن أمثلتها اختبار نقطة الحبر والمعروف باسم اختبار "رورشاخ " .. و من أكثر مقاييس الاكتئاب انتشاراً مقياس "بك " Beck - ويتكون من مجموعة من الأسئلة والاختيار من الإجابات..منها:

المجموعة الأولي :-

لا اشعر بحزن .

اشعر بحزن أو هم .

أنا حزين ومهموم طول الوقت ولا استطيع التخلص من ذلك .

أنا حزين جدا وغير سعيد بدرجة مؤلمة للغاية .

أنا حزين جدا أو غير سعيد بدرجة لا يمكن إن أتحملها .

ومجموعة أخرى من نفس الاختبار :-

اشعر أنني شخص فاشل .

اشعر أنني فشلت أكثر من اى شخص أخر .

اشعر إن ما حققته لا قيمة له ومن الضآلة بحيث لا يستحق الذكر .

حين أفكر في حياتي الماضية لا أجد فيها غير سلسلة من الإخفاق والفشل

اشعر أنني فاشل تماما حين أفكر في نفسي كشخص يقوم بدوره في الحياة وعليه واجب نحو بيته وأولاده وعمله .

ومجموعة أخرى من الأسئلة حول التردد في اتخاذ القرار هذا نصها :

اتخذ القرارات في مختلف الأمور بنفس الكفة التي اعتدت عليها من قبل .

أنا ألان قليل الثقة في نفسي فيما يتصل باتخاذ اى قرار .

عندي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات .

لا يمكنني اتخاذ اى قرار علي الإطلاق .

ومجموعة أخرى حول القيام بالعمل هذا نصها :-

يمكنني العمل ألان بنفس الهمة التي كنت اعمل بها من قبل .

احتاج إلي جهد زائد عند البدء في عمل شأ ما .

لا اعمل بنفس الهمة التي كنت اعمل بها من قبل .

أجد انه لابد إن اضغط علي نفسي بشدة لكي اعمل اى شأ .

لا يمكنني القيام بأي عمل علي الإطلاق .

ومجموعة أخرى تسأل عن الحالة الجنسية والتغيرات التي تطرأ عليها في حالة الاكتئاب :-

لم ألاحظ إن تغير في اهتمامي بالجنس في الفترة الأخيرة .

أصبحت اقل اهتماما بالجنس ألان عن ما كنت من قبل .

اهتمامي بالجنس ألان اقل بكثير عن ما كنت من قبل .

فقدت اهتمامي بالجنس تماما .

ويضم الاختبار أيضا مجموعات أخرى تسأل عن أعراض الاكتئاب المختلفة مثل التشاؤم من المستقبل ، والشعور بالإخفاق ، والفشل ، وانخفاض تقدير الذات ، وعدم الرضا عن شأ ، والشعور بالذنب ، وخيبة الأمل ، والتفكير في إيذاء النفس ، والبكاء بصورة متكررة ، والضيق ، وسرعة الاستثارة ، واضطراب نمط النوم ، والشعور بالتعب والإجهاد ، وفقدان الشهية للطعام ، ونقص الوزن ، والانشغال علي الصحة بصورة مرضية .

ويتم وضع درجات مقابل كل إجابة في كل من المجموعتين حيث تكون الدرجات علي النحو التالي تبعا للإجابة :

الإجابة :

| | | | |
|---|---|---|---|
| أ ) | صفر | ب ) | 1 |
| ج أو د) | 2 | هـ ) | 3 |

وتحسب الدرجات في النهاية بجمع هذه النقاط فإذا كان المجموع الكلي لإجابة الشخص علي مجموعات الاختبار وعددها 21 يقل عن 10 درجات فإن الشخص غير مكتئب ، أما إذا زاد المجموع عن 30 درجة فإن الحالة هي نوع شديد من الاكتئاب ، وإذا كانت المجموع بين 10 ، 30 درجة فإن الشخص يعاني من حالة بسيطة ومتوسطة من الاكتئاب .

**تشخيص الاضطرابات النفسية**

ليس المرض النفسي نوعاً واحداً كما كان يعتقد الكثير من الناس حيث يطلقون علي كل الأمراض النفسية لفظ " الجنون " ، ولا توجد دلالة في الطب النفسي لهذه الكلمة التي لها وقع سيئ ولا تدل علي شئ ، فالأمراض النفسية يتم تصنيفها عالمياً إلي ما يقرب من 100 حالة مرضية لكل منها أعراضه وعلاجه وفقاً لمنظمة الصحة العالمية والجمعيات الطبية النفسية .

ويمكن تقسيم الأمراض النفسية كالتالي :

الاضطرابات النفسية الوظيفية ( Functional ) :

* الأمراض العصابية ( Neurotic disorders ) : وهي الحالات النفسية التي يمكن علاجها في العيادات الخارجية ، ومن أمثلتها :

1- القلق Anxiety

2- الهستيريا Hysteria

3- الوسواس القهريObsession

4- الاكتئاب البسيط Depression

الأمراض الذهانية ( Psychosis ) : وهي حالات عقلية شديدة يتطلب علاجها غالباً الدخول إلي المستشفيات النفسية ، ومن الاضطراب الوجداني ثنائي القطب Bipolar affective disorder (وتعنى ثنائية الاكتئاب مصحوبا بنوبات هوس تتبادل مع نوبات الاكتئاب).. ويشمل نوبات الاكتئاب مع أعراض ذهانية شديدة أو متوسطة كما يشمل أيضا نوبات الهوس التي قد تكون مختلطة مع أعراض الاكتئاب.

أمثلتها :- الاكتئاب Depression , الهوس Mania

* - الفصام Schizophreni

البارانويا(جنون العظمة) Paranoid disorders

الاضطرابات النفسية العضوية : مثل الصرع وإصابات الرأس وتأثير الكحول

حالات عته الشيخوخة Dementia .

التخلف العقلي Mental Retardation ، وأمراض الأطفال النفسية .

أنواع أخرى من الأمراض النفسية :

اضطراب الشخصية : مثل الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial .

المشكلات النفسية الجنسية : Psychosexual .

سوء استخدام العقاقير والمخدرات : Drug abuse .

الاضطرابات النفسية الجسدية Psychosomatic disorders :

يؤثر الاضطراب النفسي علي أعضاء الجسم ,و وظائف الهرمونات Hypothalamus وهو الذي يتحكم في الغدة النخامية التي تسيطر علي وظائف الغدد الأخرى والأعراض الجسدية المصاحبة يشكو المرضي بصفة عامة من نقصفي القدرة الجسدية.. على سبيل المثال:

الشعور بالإجهاد والتعب عن بذل اى مجهود دون وجود مرض عضويأو مشكلة صحية تبرر ذلك .

اضطراب في وظائف القلب والدورة الدموية

اضطراب في وظائف الهضم . . الآلام المتفرقة في الجسم أهمها الصداع ، والألم

طبيعة الأمراض النفسية وأسبابها

بداية يجب التأكيد علي انه لا يوجد شئ اسمه " الجنون " ، وهذا اللفظ الذي يتداول بعض الناس ليس له أي مدلول علمي ، ولا نستريح لاستخدامه لوصف أي حالة ، فالمرض النفسي لا يختلف عن الحالات المرضية الأخرى ، ومن الناحية العلمية يتم تقسيم الحالات النفسية إلي مجموعات لكل منها خصائصه المميزة من حيث أسبابه وأعراضه وأسلوب علاجه .

ولعل ذلك هو دليل آخر علي أهمية تغيير معتقدات العامة من الناس نحو فهم طبيعة المرض النفسي عن طريق التوعية وتوفير المعلومات الصحيحة التي ترشد إلي كيفية التعرف علي الحالات النفسية مبكراً ومعاملة المرضي بالطريقة السليمة اللائقة ، وطلب العلاج لدى المتخصصين في الوقت المناسب قبل أن تسوأ حالة المريض .

الأنواع الرئيسية للأمراض النفسية و العقلية:

تنقسم الاضطرابات النفسية و العقلية إلي مجموعتين رئيسيتين من الأمراض ، الأولي تضم الحالات الخفيفة نسبياً ويطلق عليها الاضطرابات العصابية ، وفي هذه الحالات لا يفقد المريض صلته بالواقع ، ويظل رغم معاناته مستمراً في القيام بواجبه نحو عمله ونحو أسرته ، ويذهب بنفسه عادة لطلب العلاج ، وغالباً ما يحدث تحسن سريع واستجابة جيدة للعلاج في هذه الحالات بالأساليب النفسية الحديثة والدواء دون الحاجة إلي دخول المريض إلي المصحات والمستشفيات النفسية ، مثال ذلك حالات القلق والوسواس والهستيريا .

أما المجموعة الثانية من الاضطرابات فهي أكثر شدة في مظاهرها ويطلق عليها الاضطرابات العقلية الذهانية ، ولا يكون السبب واضحاً في معظم هذه الحالات ، ويحدث عادة اضطراب في علاقة المريض بالواقع وبالمحيطين به ويعجز عن التكيف مع المجتمع ، وقد يستلزم الأمر وضعه داخل إحدى المصحات حتى يمكن السيطرة علي الأعراض الحادة ، وتزول الخطورة عن المريض وعلي المحيطين به ، ومثال ذلك حالات الفصام العقلي والاكتئاب والهوس .

وبالإضافة إلي ذلك توجد بعض الحالات البينية والتي لا تصنف داخل هاتين المجموعتين ، ومنها علي سبيل المثال اضطراب الشخصية والاضطرابات النفسية الجنسية وبعض الأمراض النفسية التي تصيب الأطفال أو المرأة أو كبار السن

و تتفاوت الأمراض النفسية من حيث شدة الأعراض التي تؤثر علي توافق المريض مع المحيطين به وقدرته علي تأدية مسئولياته في الأسرة والعمل والمجتمع ، فمنها ما يمكن للمريض احتماله ، ومنها ما يسبب له إعاقة كاملة ، ومن الأمراض النفسية ما يكون مزمناً تطول معاناة المريض فيه لسنوات طويلة ، ومنها أيضاً ما يتعذر علاجه ولا يشفي منه المصاب تماماً ، وأحيانا ما يتجه المرض إلي العودة مرة أخرى بعد أن تتحسن حالة المريض من النوبة السابقة .

وكمثال علي المرض النفسي الذي يشكل خطورة علي حياة المريض الحالات الحادة من الاكتئاب النفسي التي تحمل خطورة إقدام المريض علي الانتحار ، ومن المرضي من تكون خطورته أكثر علي المحيطين به مثل الحالات التي تظهر لديها ميول عدوانية مثل مرضي الفصام والذهانات العضوية واضطراب الشخصية .

حقائق عن الأمراض النفسية و العقلية:

بعض أنواع الاضطراب النفسي كالقلق والاكتئاب يمكن أن تحدث في آي مرحلة من مراحل العمر ، لكن هناك أمراض أخرى ترتبط دائماً بمراحل معينة من العمر ، فمن الأمراض التي تحدث في مرحلة الطفولة التبول اللاإرادي وعيوب النطق والحركة في الأطفال ، وفي مرحلة المراهقة تبدأ أعراض مرض الفصام عادة علاوة علي انحرافات المراهقين ، وفي مرحلة منتصف العمر بين الأربعين والستين تحدث بعض الاضطرابات في الرجل والمرأة ، أما مرحلة الشيخوخة فلها خصائصها وأعراضها التي تحدث نتيجة للتغييرات البدنية والنفسية المصاحبة لتقدم السن .

ومع التقدم الذي شهده الطب النفسي مؤخراً فقد استحدثت تخصصات داخل هذا الفرع ووحدات مستقلة في تخصص الطب النفسي للأطفال والمراهقين ، والطب النفسي للمسنين ، حيث تقوم هذه الوحدات بتشخيص وعلاج هذه الفئات من السن وتخطط للاستشارات وبرامج الوقاية من الاضطرابات النفسية لكل مرحلة بالغة .

و من الناحية العملية قد يكون من الصعب أحياناً أن نحكم علي شخص ما أنه " طبيعي " أو غير طبيعي ، وربما يرجع ذلك إلي الاختلاف المتوقع بين الناس فيما يتعلق بطريقتهم في التفكير وسلوكياتهم وأسلوبهم في الحياة ، ومن الطريف أن تعريف حالة المرض يكون أيسر بكثير من الاتفاق علي من هو الشخص "الطبيعي " .

ولعل مرجع ذلك هو تباين واختلاف الصفات الشخصية للناس بصفة عامة ، فمن الناس " الطبيعيين " من يتميز بالتطرف في صفات معينة بدرجة لا تصل إلي المرض ، وفي نفس الوقت تزيد عن المعتاد بدرجة تضع هؤلاء الأشخاص في مرحلة بينية لا هي الحالة السوية المثالية ولا هي حالة المرض النفسي الواضحة ، من ذلك مثلاً الشخص المثالي ، والذي يتميز بصلابة الرأي ، والمتطرف الديني ، والمفرطفي أحلام اليقظة ، والشخص كثير الشكوى من حظه العاثر ، ومتقلب المزاج ، والذي يعاني من مركب نقص ، أو الذي يعيش أسيراً للأوهام.

ولعل كل ما سبق من صفات شخصية نلاحظه في بعض الناس من حولنا بدرجات متفاوتة لكنهم لا يعتبرون من المرضي النفسيين علي آي حال ، أما الأشخاص الذين لا يمكنهم التوافق مع المجتمع والقيام بدورهم في الحياة ويعجزون عن مسايرة الواقع من حولهم فإننا نعتبرهم قد تخطوا حدود الحالة السوية وبدأت لديهم مظاهر حالة المرض النفسي الذي يستلزم التدخل والعلاج .

**أسباب الاضطرابات النفسية:**

لوحظ وجود حالات لأمراض نفسية متشابهة في نفس الأسرة أو إصابة أقارب المريض بنفس الحالة مما يدل علي أهمية الناحية الوراثية في انتقال الأمراض النفسية ، ويساعد علي هذا الانتقال الوراثي زواج الأقارب في الأسر التي توجد بها حالات مرضية معروفة مثل الفصام والاكتئاب أو الصرع .

المرض النفسي و الوراثة :

ويؤكد وجود العامل الوراثي في المرض النفسي الدراسات الحديثة التي أجريت علي الجينات وهي الأجزاء الدقيقة المسئولة عن حمل الصفات الوراثيةفي كلا الأبوين ، كما أجريت دراسات علي التوائم حيث يظهر المرض علي كليهما حتى لو تم الفصل بينهم منذ الولادة ونشأ كل منهما في بيئة مختلفة ، وتزيد احتمالات حدوث المرض إذا كان الأب والأم كلاهما يحمل الصفات الوراثية المرضية فتنتقل إلي نسبة كبيرة من الأبناء ، أما لو كان أحدهما فقط مصاب بالمرض فتكون فرصة إصابة الأبناء أقل .

وتوجد في الدول المتقدمة بعض المراكز التي تقدم الاستشارات في هذا المجال للراغبين في الزواج وتجرى الفحوص لهم وتوضح إمكانية واحتمالات انتقال أمراض معينة في الأجيال التالية بهدف الوقاية من انتشار بعض الأمراض النفسية التي يصعب علاجها .

النشأة في مرحلة الطفولة و المرض النفسي :

تعتبر فترة الطفولة المبكرة من أهم الفترات التي يتم فيها بناء الشخصية بالنسبة لكل منا ، وتبعاً لفرويد فإن الطفولة المبكرة تنقسم إلي عدة مراحل هي المرحلة الفمية التي يكون الفم هو وسيلة الحصول علي الإحساس واللذة تليها المرحلة الشرجية ثم مرحلة التعرف علي الأعضاء الجنسية ويظل الطفل في حالة استقرار حتى تبدأ مرحلة المراهقة بالتغييرات البدنية والنفسية المختلفة ومنها إلي حالة النضج ، ويذكر علماء التحليل النفسي أن آي موقف يتعرض له الإنسان في هذه المراحل ويتسبب عنه انفعال نفسي يمكن أن يتسبب في ظهور حالة الاضطراب والمرض النفسي بعد سنوات طويلة نتيجة للشحنات الانفعالية التي تظل مختزنة داخل العقل الباطن .

وللدلالة علي ذلك فعند دراسة حالات مرضي الفصام ، ومحاولة استكشاف الخلفية الأسرية لهم وجد أن بعض هؤلاء المرضي كان في مرحلة الطفولة يعيش في ظروف أسرية غير ملائمة ، فكان بعضهم يتلقى تعليمات متضاربة من الأب والأم ، ففي حين يطلب إليه الأب أن يفعل كذا تطلب منه الأم أن يفعل عكس ذلك وتمنحه مكافأة ، وهذا يسبب حالة من الحيرة وعدم الاستقرار للطفل الصغير قد تكون الجذور للمرض العقلي الذي يظهر فيما بعد.

كذلك فإن الخلافات بين الأبوين والتي يبدو أن الأطفال لا دخل لهم بها يمكن أن تؤثر سلبياً في حالتهم النفسية فيما بعد ، من ذلك ما يسمي بالطلاق العاطفي حين يعيش الزوجان معاً في بيت واحد ولكن لكل منهم عالمه الخاص دون آي توافق مع الأخر ، أو حين تهتز صورة أحد الأبوين كأن تقوم الأم مثلاً بالسيطرة الكاملة وينسحب الأب في دور سلبي ، فقد ثبت وجود علاقة بين مثل هذه الأوضاع في الأسرة وإصابة الأطفال بحالات الاضطراب النفسي فيما بعد .

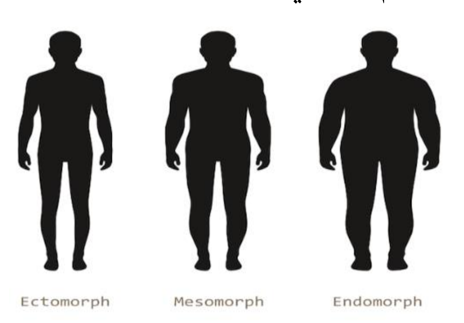
**ضغوط الحياة والمرض النفسي :**

لكل إنسان منا طاقة احتمال معينة ، والناس يتفاوتون في قدرتهم علي احتمال الضغوط عند التعرض لمواقف الحياة المختلفة ، فقد يتعرض شخصان معاً لموقف أو مشكلة واحدة يستطيع أحدهما مواجهتها برد فعل مناسب بينما يتأثر الآخر بطريقة مبالغ فيها قد تصل إلي حد الاضطراب ، وذلك يتوقف علي بناء شخصية كل منهما وقدرة احتماله في مواجهة المواقف والضغوط ، وقد يساعد علي ظهور المرض النفسي وجود استعداد وراثي أصلاً لدى الشخص فيكون تعرضه لأي موقف هو القشة التي تقصم ظهر البعير حيث تبدأ علامات المرض في الظهور .

ومن أمثلة ضغوط الحياة التي تؤثر سلبياً في التوازن النفسي للأفراد التعرض لخسارة مادية ، أو فقد شخص عزيز ، أو الإصابة بمرض أو عجز ، كما يلاحظ أن بقاء الفرد معرضاً للتهديد أو الخطر لمدة طويلة يؤدى إلي حالة الاضطراب النفسي، كما يتأثر نفسياً الذين يتعرضون لكوارث جماعية كالحرب والزلازل والفيضانات ، وضحايا التعذيب والعدالة البطيئة .

الشكل الخارجي للجسم والملامح والعلاقة بالأمراض النفسية:

رغم أنه لا توجد قواعد ثابتة تصدق في كل الأحيان إلا أنه لوحظ وجود علاقة ارتباط بين نمط البناء البدني للجسم والملامح وبين اضطرابات نفسية معينة ، فقد لوحظ في مرضي الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية أنهم يتميزون بتكوين جسمي مميز يطلق عليه البناء " المكتنز " ، حيث يميل الجسم إلي الامتلاء وقصر القامة واستدارة الوجه ، ويرتبط مرض الفصام العقلي بالبنية التي تميل إلي الطول والنحافة ، بينما يرتبط بناء الجسم الرياضي ببعض اضطرابات الشخصية .



أما بالنسبة للملامح الخارجية فإنها في كثير من الأحيان تعطي دلالة علي الانفعال والحالة النفسية للشخص ، وتكون ذات معني لدى الطبيب النفسي حين يفحص المريض فعلامات المرح ترتبط بحالات الهوس ، وعلامات الحزن والانكسار مع الاكتئاب ، وجمود الملامح في بعض حالات الفصام ، وقد حدد بعض العلماء ملامح للوجه ترتبط مع اضطرابات الشخصية التي تميل إلي السلوك الإجرامي ، لكن كل ذلك كما ذكرنا لا يرقي إلي مستوى القاعدة الثابتة في كل الحالات وتوجد استثناءات عديدة .

رأى الطب النفسي في المعتقدات الشائعة عن المرض النفسي:

من خلال ممارسة الطب النفسي في بلدان مختلفة ولسنوات طويلة فقد ألفنا الاستماع إلي حديث الجن والعفاريت وعلاقتها بالأمراض عامة وبالمرض النفسي بصفة خاصة ، وهذه المعتقدات تسود منذ زمن طويل وتجد من يرددها حتى وقتنا هذا ، وربما أسهم الغموض الذي ظل يحيط بأسباب وعلاج الأمراض النفسية لوقت طويل في ازدهار هذه المعتقدات بين عامة الناس في كثير من المجتمعات .

والطريف أن تجد من يؤكد لك أنه سمع بنفسه الجن وهو يتحدث من داخل جسم مريض نفسي ، وآخر يؤكد لك أنه شاهد عملية خروج الجن من مريض بعد حوار أجراه معه أحد المعالجين الذين يعملون بالشعوذة ، والأدهي من ذلك من يقول بأن المريض قد شفي تماماً من أعراض المرض بعد عقد صفقة مع العفريت ليترك جسده بمقابل مادي تم الاتفاق عليه !

ولتوضيح الحقيقة وعرض وجهة النظر النفسية في هذا الموضوع نقول بداية أنه لا اعتراض لنا إطلاقاً علي وجود الجن وقد ورد ذكر ذلك في آيات القرآن الكريم، لكن ما لم يمكن إثباته بأي صورة هو تمكن هذه المخلوقات ( الجن والعفاريت ) من دخول جسم الإنسان والبقاء داخله والتسبب في اعتلال صحته البدنية أو النفسية ، وهذا ما يؤكده بعض علماء الفقه.

أما تفسير ما يحدث وما يرويه الناس ويتناقلونه فهو وصف لبعض الحالات النفسية فعلاً التي يحدث فيها تحول وتقمص من جانب المريض لوضع معين ثم يصاب بالنوبة التي يتحدث فيها بلهجة غير تلك التي تعودها فيعتقد كل المحيطين به أنهم يستمعون إلي العفريت ، وأوكد في هذا المجال أنني قد شاهدت بنفسي بعض هذه الحالات ، وهي ليست سوى اضطرابات نفسية موصوفة في مراجع الطب النفسي وتوجد نظريات تفسر أسبابها ، وطرق علاجها ، وليس في الموضوع آي شئ من قبيل الجن أو العفاريت.

ويبقي التساؤل : لماذا إذن تشفي بعض هذه الحالات عند فك " العمل "أو التعامل مع السحر والعين التي تسببت فيها أو عند استخدام بعض التعاويذ ؟

والحقيقة أن نسبة من هذه الحالات تتحسن فعلاً بهذه الأساليب من العلاج لكن تفسير ذلك هو تأثير الإيحاء علي هؤلاء المرضي بما لديهم من استعداد للاستجابة لهذا الإيحاء ،

ولعل تلك الوسيلة تستخدم أحياناً في علاج بعض حالات الهستيريا حين يكون المريض فاقداً للنطق أو مصاباً بشلل في أحد أطرافه فيكون الإيحاء في هذه الحالة بأنه سوف يشفي ويتكلم أو يحرك يده المشلولة إذا تناول قرصاً من الدواء أو حقنة معينه هي مجرد دواء وهمي ، ويحدث أن يستجيب المريض ويشفي فعلاً !

هل تنتقل الأمراض النفسية من شخص إلي آخر ؟

هذا في الحقيقة اعتقاد سائد لدى بعض الناس وبه يبررون خوفهم من الاختلاط أو الاقتراب من المرضي النفسيين ، ورغم أن هذه الفكرة ليس لها ما يبررها إلا أننا نلاحظ في بعض الأحيان وجود أكثر من مريض بالأسرة الواحدة مما يدفع علي الاعتقاد بأن عدوى المرض النفسي قد انتقلت من شخص إلي آخر لكن تفسير ذلك علمياً هو وجود عامل وراثي مشترك أو ظروف بيئية متشابهة أدت إلي التأثير عليهم جميعاً في نفس الوقت .

وفي هذا المجال أيضاً نذكر أن هناك بعض الحالات الغريبة التي قد تصيب الزوج وزوجته حيث يرددون أفكار مرضية واحدة وهذه الحالة يطلق عليها الجنون الثنائي ، أو قد يعتري اضطراب نفسي واحد مجموعة من الأفراد يعيشون معاً ويسمي بالجنون الجماعي ، وهذه الحالة لا يمكن أن ننظر إليها علي أنها نوع من العدوى بل تأثير متبادل .

ومن الأمثلة الطريفة علي ذلك ما يلاحظه البعض علي أفراد التمريض والعاملين الذين يخالطون المرضي في المستشفيات النفسية لمدة طويلة من تغيير في بعض طباعهم قد يفسره البعض علي أنه تأثير انتقال عدوى الاضطراب النفسي من المرضي إليهم ، وقد ينطبق هذا علي الأطباء النفسيين أيضاً كما يحلو لبعض الأفلام الكوميدية تصويرهم ، لكنني كواحد من هؤلاء الأطباء النفسيين لا أستطيع نفي ذلك أو تأكيده !

وهناك بعض النظريات في تفسير أسباب بعض الحالات النفسية تعزو ظهورها إلي فيروسات تؤثر علي الحالة العقلية ، وإذا ثبت ذلك في المستقبل فإن طرق الوقاية والعلاج من المرض النفسي قد تغدو أكثر فعالية .

**أنواع الأمراض النفسية**

وهنا نقدم بعض الأمثلة من أنواع الأمراض النفسية و العقلية شائعة الانتشار من خلال تقارير منظمة الصحة العالمية حول مدى انتشار الأمراض النفسية :

**حالات الهوس :**

تعتبر حالات الهوس Mania , hypomania من الاضطرابات الوجدانية المعروفة والغريب حقا أن هذه الحالات تحدث في مرضى الاكتئاب النفسي وتكون أعراضها على العكس تماما من أعراض الاكتئاب ويتم تبادل هذه النوبات مع نوبات الاكتئاب،

ومن أعراض الهوس زيادة الحركة، والنشاط، وكثرة الكلام، والميل إلى ارتكاب سلوك عدواني يقوم فيه المريض بالتعدي على الآخرين وتحطيم الأشياء، ومن مظاهر الخلل أيضا في حالات الهوس أن يقوم المريض بإنفاق مع معه من نقود دون تمييز يمكن أن يعطى كل ما في جيبه من أموال إلى شخص أخر دون أن يترك لنفسه ما ينفق منه، ويصعب السيطرة على حركة المريض أثناء نوبة الهوس حيث تتولد لديه طاقة هائلة ويظل يتحدث في موضوعات مختلفة لا يربط بينها اى شئ .

ويشعر المريض أثناء نوبة الهوس التي يطلق عليها أحيانا " لوثة المرح " بأنه في سعادة بالغة وحالة مبالغ فيها من الانشراح فيضحك لأتفه الأسباب أو بدون سبب ويطلق النكات فيضحك المحيطين به أيضا ويعتبر المرح الزائد من المميزات الهامة لهذه الحالة، وتكون حالة الهوس مصحوبة بأفكار كثيرة يعتنقها المريض حيث يعتقد انه عظيم الشأن، وله قدرات كبيرة وأعظم شأنا من كل الأشخاص المحيطين به، وتتولد لديه ثقة زائدة بالنفس وجرأه قد تسبب له مشكلات مع الآخرين، وقد تؤدى أفكار العظمة لديه إلى أن يتخيل انه شخصية متميزة أو زعيم سياسي أو احد نجوم الفن والأدب والرياضة، وقد يذكر انه احد الرموز الدينية الرفيعة، وتستمر هذه الحالة لفترة زمنية تنتهي بعد نهاية نوبة الهوس التي تستمر عدة أيام أو أسابيع أو شهور

ويعود بعدها المريض إلى حالته الطبيعية أو ربما تنتابه بعد ذلك حالة اكتئاب تكون أعراضها على العكس تماما من هذه الحالة، وتعتبر هذه الحالة المرضية التي يطلق عليها اضطراب " ثنائي لقطب" مرض الهوس والاكتئاب Bipolar Disorder or Manic depressive illness نموذجا لاجتماع الشئ ونقيضه في نفس الحالة، وتمثل هذه الحالة التي ترتبط أحيانا بالهياج النفسي الشديد إحدى حالات الطوارئ النفسية التي تتطلب التدخل السريع بالسيطرة عليه.

الانتحار

الانتحار هو قتل النفس بطريقة متعمدة وهذا هو التعريف الذي تتضمنه مراجع الطب النفسي ، وهناك مصطلح أخر مقابل كلمة الانتحار Suicide هو الفعل المدروس لإيذاء النفس " Deliberate Self Harm ( DSH ) "



حقائق وأرقام عن الانتحار في العالم :

عدد حالات الانتحار في العالم يبلغ حول مليون حالة سنويا حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية .

اعلي معدلات الانتحار توجد في الدول الاسكندنافية ( السويد - النرويج - الدنمارك ) ، وتصل إلي 40 لكل 100 ألف من السكان ، وفي بعض دول أوروبا الشرقية مثل المجر تصل هذه المعدلات إلي 38-40 لكل 100 ألف ، في فرنسا والولايات المتحدة وبريطانيا تصل هذه المعدلات إلى 20 لكل 100 ألف .

في مصر وفي دول العالم العربي والدول الإسلامية تنخفض معدلات الانتحار لتسجل معدل لا يزيد عن 2-4 لكل 100 ألف من السكان ،

تزيد معدلات الانتحار في الرجال مقارنة بالسيدات بمعدل 3 أضعاف بينما تزيد معدلات محاولات الانتحار التي لا تنتهي بالقتل الفعلي في المرأة مقارنة بالرجال .

..و الأفكار الانتحارية في المرضي تكشفها هذه المجموعة من الأسئلة لمن يفكر في إيذاء نفسه أو الانتحار :

هل فكرت قبل ذلك أو تفكر ألان في التخلص من هذه المعاناة بإيذاء نفسك؟

هل تدور بعقلك بعض الأفكار حول التخلص من الحياة ؟

هل تفكر في وسيلة لإيذاء نفسك والهروب من مشكلتك بالانتحار ؟

هل قمت قبل ذلك بأي محاولة لإيذاء نفسك ؟ وكيف تم ذلك ؟

هل قمت بكتابة بعض الأوراق أو الرسائل حول فكرة أن تتخلص من حياتك ؟

هل هناك ما يمنعك في التفكير في الانتحار ؟

هل تعيش بمفردك الآن وتبتعد عن أسرتك وأقاربك ؟

هل تعاني من بعض الصعوبات النفسية التي لا يمكنك احتمالها ؟

ومن خلال إجابة مريض الاكتئاب عن هذه الأسئلة يمكن الاستدلال علي مدى تفكيره في إيذاء نفسه للانتحار ..

وما هي مظاهر حالات الهوس ؟ وهل يمكن أن تجتمع مع الاكتئاب في مريض واحد ؟

حالات الهوس هي عكس حالة الاكتئاب تماماً ، فالمريض في هذه الحالة يكون كثير الحركة والنشاط ، يتحدث باستمرار في موضوعات متصلة ولا يكف عن الكلام ، وتبدو عليه مظاهر الانشراح والمرح المبالغ فيه حيث يطلق النكات والتعليقات الضاحكة ويستغرق في الضحك حتى تنتقل عدوى المرح والضحك إلي كل المحيطين به فلا يجدون بداً من مشاركته في هذا الضحك تلقائياً .

لكن مرضي الهوس أحياناً ما تبدو عليهم علامات الغضب لأي سبب ويدفعهم النشاط الزائد إلي العدوان وتحطيم الأشياء بتأثير بعض الأفكار والمعتقدات التي غالباً ما تتملكهم حيث يعتقد المريض أنه أفضل من الآخرين ، وأن لديه قدرات تفوق كل أقرانه فهو الرئيس أو الزعيم أو الذي اختارته السماء لرسالة كبرى ، وكل هذه الأفكار تمنحه شعوراً زائفاً بالعظمة هو جزء من حالته المرضية لكنه لا يشك لحظة في صدقها وقد يتصرف أحيانا تبعاً لذلك .

ورغم الطاقة الهائلة لدى المريض فإنه لا يحتمل البقاء في مكان واحد ،ولا يستطيع الصبر علي القيام بأي عمل مفيد حيث أن أفكاره تتلاحق بسرعة ولا يستطيع تركيز انتباهه في اتجاه واحد بل تتداخل لديه الأمور ، ويصاحب ذلك اضطراب في النوم والوصول إلي حالة إجهاد قد تؤثر علي المريض وتفضي به إلي الانهيار إذا لم يتم علاج الحالة في الوقت المناسب بالسيطرة علي الأعراض عن طريق الدواء أو إدخال المريض إلي المصحة أو المستشفي النفسي .

ومن الغريب حقاً أن هذه الحالة وهي الهوس التي تتميز بزيادة الحركة والنشاط والمرح تحدث في نفس المرضي الذين يعانون في أوقات أخرى من نوبات الاكتئاب وهي عكس ذلك تماماً حيث الحزن والعزلة وبطء الحركة وانعدام النشاط، وقد تحدث نوبات متبادلة من الهوس والاكتئاب يتبع كل منهما الآخر في المرضي الذين نطلق علي حالتهم : " ذهان الهوس والاكتئاب".

## الفصام العقلي والبارانويا

### مرض الفصام (شيزوفرنيا):

من الخلط استخدام تعبير " انفصام الشخصية " للتعبير عن حالات الفصام العقلي إذ يتصور بعض العامة أن هذا المرض معناه تقمص شخصيتين أو انقسام في الشخصية إلي جزئيين وهذا غير صحيح بالمرة .

فمرض الفصام العقلي أو " الشيزوفرنيا " كما هو مترجم عن أصل ألماني هو أحد أهم الاضطرابات العقلية التي ينشأ عنها تدهور خطير في كل القدرات العقلية وفي طريقة التفكير وعلاقة الفرد بكل ما يحيط به وتفاعله مع الحياة بصفة عامة .

وترجع أهمية مرض الفصام إلي تنوع أعراضه وتأثيره المباشر علي قدرة المصاب علي التكيف مع المجتمع ، وإلي اتجاه هذه الحالات للاستمرار بصورة مزمنة حيث لا تفلح في كثير من الأحيان جهود العلاج ويستمر التدهور الذي يعوق مسيرة المريض في الحياة ، وتصل نسبة الإصابة بهذا المرض العقلي في المجتمعات المختلفة بناء علي بعض الإحصائيات إلي 1% وهي نسبة هائلة ، فهذا معناه أن عدد الحالات في مصر مثلاً يزيد على 500 ألف مريض ، فإذا علمنا أن مرضى الفصام يشكلون 90% تقريباً من نزلاء المصحات والمستشفيات النفسية

فإن جميع المستشفيات الموجودة في مصر لا تستوعب إلا عددا محدودا من هذه الحالات ، ويتبقى(أ)عددا أخرى كبيرة من المرضى دون تقديم الرعاية المناسبة لهم ، ولا يعنى ذلك أن كل مرضي الفصام في حاجة إلي دخول المستشفيات ، لكن ذكر هذه الأرقام يعطي دلالة علي أهمية وحجم مشكلة هذا المرض

**هل الفصام نوع واحد أم أنواع مختلفة ؟**

توجد أنواع مختلفة من مرض الفصام تشترك فيما بينها في العوامل المسببة وفي بعض الأعراض العقلية ، ومن أهم هذه الأنواع الفصام " البسيط " الذي تحدث أعراضه بالتدريج علي مدى زمني طويل لكنها تصل إلي وضع مزمن متدهور مع الوقت ، وحالات الفصام " الهبفريني " التي تبدأ مبكراً مع بداية مرحلة المراهقة وتتدهور فيها حالة المريض سريعاً حيث تعوق المريض عن الدراسة والعمل أو ممارسة أنشطته المعتادة حيث يظل طول الوقت أسيراً لبعض الأفكار والمعتقدات المرضية غير الواقعية ، وتتراءى له صور وخيالات ويستمع إلي أصوات وهمية تزيد من معاناته .

وهناك أنواع أخرى من الفصام أفضل من حيث الأعراض والقابلية للتحسن من النوعين السابقين ، منها الفصام " البارانوى " الذي يتميز بأفكار تسيطر علي المريض تجعله يعتقد بأنه أحد العظماء ويعيش أوهام التميز والتفوق

وقد يتقمص هذه الصورة فيدخل في صراع مع المحيطين به ، ونوع الفصام " التخشبي " الذي تتأثر فيه حركة المريض فيتجمد نشاطه أو يثور في حالة هياج شديد .

و الاكتشاف المبكر للفصام من الأمور الهامة التي قد تؤثر علي مسيرة الحالة فيما بعد حيث يمكن أن تبدأ رعاية المريض وعلاجه مبكراً فلا تكون الفرصة مواتية لتدهور سريع .. ومن المؤشرات الأولي للفصام أن يقوم الشاب في سن المراهقة عادة بالابتعاد عن المحيطين به من الأهل والأصدقاء حيث يفضل البقاء في عزلة ، وقد يعلل ذلك بأنهم - آي أهله وأصدقاءه - لا يستطيعون فهم ما يفكر فيه ، وخلال ذلك يستغرق المريض عند جلوسه منفرداً في أحلام اليقظة ، ويصل الأمر به إلي تكوين عالم خاص به ينفصل عن الواقع ، وقد يلاحظ بعض الاضطراب في إنجازاته الدراسية حيث يتأثر المستوى الدراسي في الطلاب الذين اعتادوا التفوق قبل ذلك .

والمعروف أن حالات الفصام تبدأ عادة في مرحلة المراهقة ، وتكون الشخصية قبل المرض من النوع الفصامي الذي يتميز بالحساسية المفرطة والخجل والانطواء في معظم الحالات ، وقد يوجد تاريخ مرضي سابق لإصابة أحد أفراد الأسرةأو الأقارب بحالة مشابهة .

أيهما أسوأ بالنسبة للمريض من حيث المضاعفات والاستجابة للعلاج ، مرض الاكتئاب والهوس أم الفصام العقلي ؟

المقارنة بين هاتين الحالتين هي في الواقع من الأهمية بمكان بالنسبة للمريض والطبيب النفسي معاً حيث يوجد بعض الاختلاف بينهما من الناحية العملية رغم أن كلتا الحالتين هما من الاضطرابات النفسية الذهانية المعروفة .

ورغم أن مريض الفصام يبدو هادئاً في العادة ، ويجلس " في حاله " حيث يعيش في عالمه الخاص منسحباً داخل ذاته ومنفصلاً عن الواقع من حوله تقريباً ، رغم أن هذه هي الصورة الخارجية الهادئة للمريض إلا أن معاناته والأعراض المرضية لديه تفوق في شدتها وتأثيرها تلك التي يعاني منها مرضي الاكتئاب والهوس حتى الذين يبدون الكثير من النشاط والهياج والصياح ، وهذا يدل علي أن المظهر الخارجي للمريض لا يعطي بحال انطباعاً دقيقاً عن ما يدور داخل عقله وما يعتريه من اضطراب .

وعملياً فإن معظم مرضي الهوس والاكتئاب يعانون من نوبات حادة من الاضطراب ثم تتحسن الحالة بطريقة ملحوظة وقد يعود المريض إلي حالته الطبيعية ، ويمارس كل نشاطه المعتاد بنفس الكفاءة التي كان عليها قبل المرض ، وهذا لا يحدث عادة في مرضي الفصام فتحسن الحالة في معظم الأحيان يكون معناه السيطرة علي الأعراض الحادة الشديدة لكن المريض في الغالب لا يعود إلي سابق عهده من حالة الصحة النفسية السوية تماماً بل تتجه الحالة إلي الاستمرار بصورة مزمنة ، إضافة إلي فاعلية العلاج في تحسين حالات الهوس والاكتئاب مقارنة بالفصام .

**كيف يتم علاج حالات الفصام ؟**

للعلاج المبكر أهمية كبيرة في معظم الأمراض وخاصة في حالات الفصام ، ويتم العلاج بأساليب متعددة إضافة إلي العلاج بالعقاقير الذي لا يكفي وحده في كثير من الحالات ، وتحتاج بعض الحالات للعلاج داخل المصحات أو المستشفيات النفسية ، ويتطلب الأمر بقاء كثير من المرضي بها لمدة طويلة ، لكن النسبة الأكبر يمكن علاجها في العيادات الخارجية ومتابعتها لمدة كافية .

ومن أساليب العلاج في حالات المرض النفسي التي قد يتسبب عنها بعض العجز أو الإعاقة في الأنشطة والعلاقات الاجتماعية للمريض بالمحيطين به أسلوب العلاج البيئي أو " المجتمع العلاجي " حيث يتم نقل المريض من البيئة التي حدث له فيها المرض إلي مجتمع آخر داخل دور الرعاية النفسية يتم فيه العلاج عن طريق تنظيم حياة المريض بصفة عامة من حيث الراحة والعمل والنشاط وممارسة الهواية والترويح ، ويتم ذلك كله خدمة لأهداف العلاج .

ولا يجب الاعتماد كلية علي العلاج بالعقاقير أو الجلسات الكهربائية بل يجب فور زوال الأعراض الحادة بدء برنامج تأهيلي للمريض لإعداده للعودة إلي المجتمع تدريجياً ولتقبل الحياة مع متابعة حالته لمدة كافية ، ويلزم لذلك تعاون المحيطين بالمريض من الأهل وزملاء العمل .

وحتى يكون واضحاً بالنسبة للمريض وذويه وللطبيب المعالج الهدف المقصود والنتيجة المتوقعة من العلاج يجب أن تحدد منذ البداية نوع الحالة والخطة المناسبة للعلاج ، وما هو الدور الذي يتطلب العلاج من كل من الطبيب والمريض والأهل ، ويتم رسم خطة طويلة توضع فيها أولويات وفقاً لكل حالة علي حدة حسب ظروفها الخاصة .

ولا ينبغي أن يكون هناك مكان لليأس من الشفاء إذا تعذر الوصول إلي نتائج إيجابية سريعة ، لكن ذلك يدعو إلي مراجعة أسلوب العلاج والصبر في مواجهة الحالات المزمنة والتي لا تستجيب بصورة مرضية ، وفي معظم الحالات لا يكون الهدف الوصول إلي الشفاء الكامل آي عودة المريض إلي حالته الطبيعية 100% ، بل يمكن تبني هدف واقعي هو تحسن الحالة النفسية للمريض والتخلص من الأعراض التي تسبب له العجز الذي يعوقه عن أداء عمله ، ويتم توجيه النصح للأهل بإيجاد عمل بسيط مناسب للمريض حتى يستمر في ممارسة حياته في المجتمع ويخرج من العزلة ولا يفقد ثقته بنفسه.

ولقد شاهدت في الدول الأوربية المراكز العلاجية المتطورة لميل هذه الحالات ومنها ما يفتح أبوابه نهاراً لاستقبال المرضي حيث يقضي المريض يوماً كاملاً بداخله في أنشطة علاجية وترويحية بجانب القيام ببعض الأعمال المناسبة في ورش عمل خاصة ويمنح المرضي الذين يعملون تحت إشراف مقابلاً مادياً لإنتاجهم ، ثم ينصرفون لقضاء الليل في منازلهم ليعودوا في الصباح اليوم التالي ، ويعتبر هذا أحد الأنظمة العلاجية الجيدة والمفيدة في التأهيل ومنع حدوث حالة العجز لدى المرضي المزمنين .

**مرض " جنون العظمة " :**

هذا الوصف هو في الغالب ما يستخدم علي نطاق واسع للتعبير عن مرض "البارانويا" ، ويت المرضي بهذه الحالة بأنهم يتعاملون مع الآخرين بصورة طبيعية للغاية ، لكن لديهم اعتقاد راسخ مؤداه أنهم يتمتعون بتفوق وتميز يجعلهم فوق مستوى بقية الناس ، فمنهم من يظن أنه زعيم سياسي عظيم ، ومنهم من يعتقد أنه شخصية اجتماعية أو فنية رفيعة المستوى ، ومنهم من يدعي بأنه يحمل رسالة مقدسة لخلاص البشرية !

ورغم أن هذه الأفكار والمعتقدات تبدو طريفة للوهلة الأولي حيث تسمعها من المريض إلا أنك سرعان ما تكتشف أنها ليست مجرد مزاح أو فكرة عارضة لكنها نظام كامل من التفكير يتبناه المريض ويرتبه علي أساس تسلسل قد يبدو في بعض الأحيان منطقي ، وقد يتخلل عرض المريض لفكره بعض النظريات والرؤى والتحليلات الفلسفية لتبرير أفكاره ، لكنها في النهاية تصل إلي استنتاجات بنيت علي فكرة مرضية خاطئة .

ووجه الصعوبة في هذه الحالات يكمن في كيفية اكتشافها حيث أن المريض قد يبدو في بعض الأحيان طبيعياً بل ومنطقياً ومقنعاً للآخرين حتى أن بعض الناس من الممكن أن ينخدع فيما يقول ، ومن ناحية أخرى فإن هؤلاء الأشخاص لا يطلبون العلاج لأنهم لا يظنون لحظة واحدة أنهم يعانون من حالة مرضية بل تسيطر عليهم أفكار العظمة والتفوق ، ويندمجون في الترويج لنظرياتهم وفكرهم الوهمي وقد يجدون من يستمع إليهم!

**التخلف العقلي Mental Retardation**

ينشأ التخلف العقلي عن نقص الذكاء وعدم اكتمال نمو العقل ، وتتراوح هذه الحالات في شدتها ودرجاتها ، وتصل نسبة الإصابة بالحالات المتوسطة و الشديدة منها إلى 2-4% من السكان ، ويقدر عدد الحالات بحوالي 100 مليون إنسان ، وتعتبر هذه الحالات غير قابلة للعلاج فيما عدا بعض خطوات التدريب و التأهيل لمساعدة بعض الحالات.

**مرض الصرع Epilepsy**

من الأمراض النفسية والعصبية الأخرى التي وردت في إحصائيات منظمة الصحة العالمية والاضطرابات التي تسبب العجز والإعاقة العقلية مرض الصرع Epilepsy ، وهو أحد أكثر الأمراض العصبية انتشارا ، ويتميز بنوبات من فقدان الوعي والتشنجات ، وله أنواع متعددة ، وتصل نسبة الإصابة به إلى 0.5 - 1% حيث يقدر عدد الحالات بحوالي 40 مليون شخص في العالم .

علي الطبيب أولاً أن يتأكد هل هذه الحالة فعلاً هي إحدى حالات الصرع أم أن المريض قد فقد وعيه لأي سبب آخر، ثم عليه بعد ذلك أن يحدد أي نوع من حالات الصرع هذه، فالصرع ليس نوع واحد وإنما عدة أنواع تختلف في أعراضها ومضاعفاتها، وفي أسلوب علاجها أيضاً.

**قائمة بأنواع التشنجات الصرعية:**

Classitication of epileptic seizures

نوبات جزئية: Partial seizures

- نوبات جزئية بسيطة Simple partial مع عدن فقدان الوعي.

- نوبات جزئية مركبة: Complex partial مع عدم تغير الوعي واضطراب نفسي حركي.

- نوبات جزئية تنتهي بنوبات تشنجات عامة Generalized seizures

نوبات كلية عامة Primary generalized seizures:-

- نوبات الغياب Absence قصيرة لثوان (نوبة صغرى).

- النفضة العضلية Myoclonic في جزء من عضلات الجسم أو الأطراف.

- نوبات اهتزازية Clonic.

- نوبات توترية Tonic.

- نوبات كبرى (تشنجات توترية – اهتزازية) Tonic – Clonic وهي النوع التقليدي الذي يمثل 60% من نوبات التشنجات الصرعية.

النوبات الكبرى:

ذلك هو النوع الرئيسي والشائع من حالات الصرع، وسميت النوبة الكبرى ( Grand mal) Major fit لأنها تسبب فقد الوعي بصورة كاملة بعد السقوط علي الأرض والتشنج الذي تهتز فيه كل أجزاء الجسم تقريباً، وغالباً ما تكون هذه بمثابة إشارة إنذار تسمى "الأورة" Aura قد لا تستغرق سوى ثانية واحدة لكنها لا تخلو من فائدة، فقد تكون كافية لتحذير المريض حتى يجلس من وضع الوقوف مثلاً فلا يسقط سقوطاً سيئاً .. بعد ذلك تستمر النوبة.

يسقط المريض علي الأرض إذا كان في وضع الجلوس أو واقفاً، وقد تحدث هنا صرخة عالية نتيجة لمرور الهواء في الحنجرة، ثم يبدأ حركات التشنج وهي اهتزازات عنيفة متتالية تكون واضحة في الأطراف، أي الذراعين والساقين، وتشمل بقية أجزاء الجسم، وهنا أيضاً قد يقوم المريض بعض لسانه نتيجة لضغط الفكين عليه، وفي هذه الأثناء فإن الذي ينظر إلي وجه المريض يلاحظ تغييراً في تعبيراته نتيجة لانقباض العضلات والزرقة التي يتلون بها، مع خروج زبد في صورة رغاوى من الفم، وقد يحدث أثناء هذه المرحلة من النوبة أن يتبول المريض دون أن يدرى فتبتل ملابسه.

بعد ذلك تهدأ حركة المريض تماماً ويظل فاقد الوعي بلا حراك لمدة تتراوح بين دقائق معدودة إلي ساعات فيما يشبه النوم، ويفيق بعد ذلك وهو يشكو من الصداع أو الإرهاق، وقد لا يستعيد وعيه بصورة تامة فيتحرك أو يتصرف بطريقة تلقائية، وقد يتساءل عما حدث فهو لم يكن في حالة إدراك لأي شئ اللهم إلا أنه وجد نفسه ملقي في مكان غير الذي كان به، أو وجد أثر إصابة في جسده عند سقوطه، أو آثار الدم نتيجة عض اللسان أو ملابسه المبللة نتيجة التبول أثناء النوبة.

بقي أن نذكر أن هذه النوبة الكبرى التي سبق عرض تفاصيل مشاهدها والتي تستمر فصولها من دقائق إلي ساعات يمكن أن تتكرر بعد ذلك علي فترات متفاوتة، ويمكن أن تفاجئ المريض في أي وقت وأي مكان، ويذكر أنها أكثر الأنواع حدوثاً حيث تحدث في ما يزيد علي 90% من مرضي الصرع بصفة عامة.

**النوبات الصغرى:**

وتدل تسمية النوبة الصغرى Petit mal أو الغياب Absence علي أن النوبة في هذه الحالة أقل بكثير من تلك التي توصف بالنوبة الكبرى من حيث شدتها، ومن ناحية أخرى فإنها أيضاً لا تصيب إلا صغار السن فهي شائعة الحدوث في الأطفال فقط ولا يمكن أن تصيب للمرة الأولي أي شخص تعدى سن العشرين، ولا يوجد عادة أي سبب مباشر يمكن التعرف عليه حيث يكون الطفل المصاب من الأصحاء أو الأطفال الطبيعيين فيما عدا إصابته بهذه النوبات.

والنوبة هنا لا يتعدى زمنها ثوان قليلة تتوقف فيها حركة المريض دون أن يسقط علي الأرض أو يختل توازنه، ولا تبدو عليه أي علامات سوى التوقف عن العمل الذي يقوم به مثل تناول الطعام أو اللعب أو الكلام خلال هذه الثواني، وقد تهتز يده أو بعض أطرافه بصورة خفيفة جداً، ثم يستأنف حركته المعتادة من جديد وتكون هذه هي نهاية النوبة.

ونظراً لحدوث هذه النوبات بطريقة خاطفة كما ذكرنا فإنه يصعب القول بأن المريض يغيب عن الوعي خلال هذه البرهة لأنه يستمر في حالة الإدراك مباشرة، لكن ما يميز هذا النوع من النوبات هو تكراره السريع حيث تحدث النوبة عدة مرات كل يوم، وقد رأيت حالة لأحد الأطفال ذكر لي والديه أنهم تمكنوا من إحصاء عدد النوبات التي أصابته فبلغ عددها أكثر من 100 نوبة في يوم واحد.

**نوبات الصرع الجزئية والنفسية الحركية:**

النوبات الجزئية هي نوبات تتميز بأنها تؤثر علي جزء محدود من الجسم حيث تحدث اهتزازات في أحد الأطراف دون غيره في كل مرة، وغالباً ما تبدأ النوبة في الأصابع ثم تنتشر في اليد إلي الذراع وحتى الكتف ثم تشمل نصف الجسم

حيث تنتقل إلي الطرف السفلي، وهذا المسار يعكس انتشار الموجات المسببة لهذه الحركة الاهتزازية التي نراها، وهي غالباً ما تكون نتيجة لخلل عضوي بالمخ مثل وجود ورم أو آثار لإصابة بالرأس .

وفي نوع النوبات النفسية الحركية التي تنشأ نتيجة لخلل في أحد مناطق المخ، وتسبق النوبة بعض إشارات الإنذار مثل القلق أو شعور الانقباض، ويتبع ذلك تغييراً في حالة الوعي والإدراك، وقد يقوم المريض وهو في هذه الحالة بالحركة والقيام بأفعال معقدة منها ما يكون تصرفاً عدوانياً تجاه النفس أو بإيذاء الآخرين دون قصد، وقد تبدو علي المريض خلال هذه النوبة مظاهر القلق أو الخوفأو الغضب حتى تنتهي ويستعيد حالة الوعي من جديد وهو لا يذكر أي شئ فعله أثناء النوبة، لكن المؤكد أنه أثناء ذلك كانت تتراءى له بعض الخيالات وخداعات النظر، وفي كل نوبة تتكرر نفس المشاهد تقريباً بنفس السيناريو السابق .

**أنواع أخرى من النوبات:**

ومن الأنواع الأخرى الغريبة من نوبات الصرع تلك الحالات التي تصيب المريض بألم أو مغص شديد في بطنه لمدة قصيرة ثم تختفي الأعراض لتعود مرة أخرى بحيث يصعب علي الطبيب الباطني التوصل إلي معرفة سبب شكوى المريض، ومن الحالات الغريبة للصرع أيضاً تلك التي تكون النوبات فيها عبارة عن استغراق المريض في الضحك، ولا شئ غير ذلك !

وجدير بالذكر أن الأنواع المختلفة للصرع تضمها قائمة طويلة حيث يتم تقسيم هذه الأنواع بناء علي قواعد معينة، وفي كثير من الأحيان يعاني المريض الواحد من أكثر من نوع من النوبات التي سبق وصفها، لكن أكثر الأنواع شيوعاً هو النوبة الكبرى (90 %)، تليها النوبات الصغرى (4%)، وبعدها النوبات النفسية والحركية والأنواع الأخرى. وفي بعض المرضي تتتابع النوبات بطريقة متواصلة فيما يعرف بمسمي "الحالة الصرعية"، حيث لا يفيق المريض ولا يستعيد الوعي بين هذه النوبات المتتالية، وهذه إحدى الحالات الخطيرة لمرض الصرع، وقد يتسبب في حدوثها انقطاع المريض عن تناول العلاج فجأة، وهذا خطأ شائع متكرر يدفع ثمنه بعض المرضي الذين لا ينتظمون في جرعات العلاج، ويتطلب الأمر هنا عادة نقل المريض إلي المستشفي، وإتباع بعض الخطوات العاجلة في علاج هذه الحالة سنقدم عرضاً لها فيما بعد.

من المهم أن نؤكد في البداية أن طبيب الأمراض العصبية والنفسية لابد أن يسأل نفسه حين يواجه مثل هذه الحالات:

- هل ما يصيب المريض هو حالة صرع ؟ .. ذلك أن كل مريض يسقط علي الأرض أو يفقد الوعي لفترة لا يتعين أن يكون مصاباً بالصرع، فهناك كثير من الحالات تتشابه في بعض هذه الأمور مع مرض الصرع،

وهنا علينا كأطباء أن نلجأ إلي ما يسمي التشخيص التفريقي، أي المقارنة بين هذه الحالات من خلال أوجه الشبه والاختلاف حتى نصل إلي التشخيص السليم.

**النوبات الهستيرية:**

لعل لفظ "الهستيريا" Hysteria هو أحد أكثر المصطلحات التي يسئ البعض استخدامها ذلك أنهم عادة ما يستخدمونه مرادفاً للجنون، لكن هذا اللفظ يعني علمياً وصف بعض حالات التحول أو التحور أو الانفصال التي تشبه في مظهرها الأمراض الأخرى المعتادة مثل الشلل، وعدم القدرة علي النطق، أو فقد الإبصار، أو غير ذلك من الأعراض التي تؤثر علي الحركة، والإحساس، ومن هذه حالات تشنج تشبه كثيراً نوبات الصرع . ويكون "السيناريو" في حالة التشنجات الهستيرية في العادة كالتالي: المريض غالباً ما يكون فتاة حول العشرين من العمر تعاني من مشكلة ما غالباً هي قصة عاطفية، ويحدث فجأة أن تسقط علي الأرض وتقوم بحركات عصبية مستخدمة ذراعيها وساقيها، ويكون ذلك في الغالب عقب مشادة كلامية مع أحد أفراد الأسرة، وعند ذلك يتجمع أفراد الأسرة حول المريضة بعد سقوطها علي الأرض ويحاولون بكل الوسائل حملها علي الرد عليهم، وينقلب شعورهم نحوها إلي تعاطف واهتمام بالغ لكي تفيق من هذه النوبة، إذن فإن هذا الذي قامت به الفتاة كان حلاً لمشكلتها النفسية كما تصوره عقلها الباطن.

وعلينا أن ندرك أوجه الاختلاف بين نوبات التشنج الهستيرية وتلك التي تنشأ عن الصرع، ففي الحالة الأولي كما ذكرنا يكون هناك سبب نفسي واضح يؤدى إلي الانفعال، ويتم مشهد التشنج أمام عدد من الناس، ولا يمكن هنا أن يقوم المريض بإيذاء نفسه أو يتعرض للخطر خلال النوبة علي عكس مريض الصرع الذي يسقط في أي مكان وقد يصاب بسبب الارتطام، كما أن المريض في حالة التشنج الهستيري لا يفقد الوعي تماماً أثناء النوبة بل يدرك كل ما يدور حوله تقريباً بينما يفقد مريض الصرع الوعي والإدراك بصورة تامة أثناء النوبة.

وأحيانا يواجه الطبيب صعوبة في التمييز بين النوبة الهستيرية ونوبة الصرع، لذا يجب في كل الحالات جمع معلومات عن التاريخ المرضي للحالة، والظروف المحيطة بها، وفحص المريض جيداً والاستماع إلي وصف دقيق من أي شخص شاهد حدوث النوبة وملابساتها، وإذا ظل هناك شك يمكن اللجوء إلي بعض الفحوص مثل تصدير الأشعة أو رسم المخ، وأهمية ذلك أن العلاج في كل من الحالتين له أسلوب مختلف تماماً، فالصرع علي سبيل المثال سيتم وضع نظام للدواء يستمر لمدة طويلة قد تصل إلي عدة أعوام، بينما مريض الهستيريا لا يحتاج إلي مثل ذلك، ويجب أن يعالج نفسياً.

**نوبات النوم المفاجئ:**

جاء إلي أحد الأطباء حديثي التخرج، وطلب أن يتحدث معي في موضوع شخصي هام، وقد بدأ بمقدمة أن مستقبله في عمله مهدد بالضياع نظراً للحالة الغريبة التي يعاني منها ولا يجد لها حلاً، إن الحالة ببساطة هي أنه في بعض الأحيان أثناء قيامه بعمله أو جلوسه مع أصدقائه أو في المنزل يشعر بميل للنوم لا يستطيع مقاومته، ومهما كان المكان الذي يوجد به أو صفة الأشخاص الذين يجلس معهم لا يشعر بنفسه وقد راح في نوم عميق لمدة وجيزة تصل إلي عشر دقائق ثم يمكنه الاستيقاظ بعد ذلك، وتعاوده هذه الحالة التي تشبه النوبات من شعور النوم الذي لا يمكن إطلاقاً مقاومته، وذكر لي أن هذه الحالة التي يطلق عليها هجوم النوم Narcolepsy أصابته بالإحباط واليأس وتكاد تحطم مستقبله، والغريب أنه كطبيب قد بحث عن حالته في مراجع الطب وزاد ذلك من قلقه بحثا عن علاج مناسب ينقذه من هذه الحالة.

والواقع أن هناك مجموعة من الحالات المشابهة لهذه تختلف في التفاصيل فقط، وتحدث في صورة نوبات مثل نوبة النوم التي لا تقاوم كما في هذه الحالة، وهناك نوع آخر من النوبات يشعر فيه المريض بأن جميع أجزاء جسده تنهار ولا تقوى ساقاه علي حمله فيسقط،

وتكون هذه النوبة من الوهن العام Cataplexy في كثير من الأحيان رد فعل لانفعال عاطفي شديد مثل سماع نبأ ما مضجع أو سار أحياناً بشكل مفاجئ لا يحتمله الشخص، وقد تحدث مثل هذه الحالة في أشخاص طبيعيين لا يعانون من مرض آخر.

فقد تحققت إنجازات طبية هائلة جعلت من وسائل التشخيص الحديثة أداة هامة يستخدمها الطبيب في حل كثير من القضايا الغامضة، فعندما نرى المريض ونفحصه في العيادة بعد أن نستمع إلي شكواه وتاريخه المرضي، نجد أنفسنا بحاجة إلي التأكد من التشخيص الأولي عن طريق عن طريق بعض الفحوص المعملية، ومن هذه الوسائل التشخيصية في طب الأمراض العصبية والنفسية بعض التحاليل الطبية، والتصوير بالأشعة، والقياس النفسي عن طريق الاختبارات النفسية والقياس، ومنها أيضاً عملية رسم المخ عن طريق جهاز خاص، وهذا بالذات له أهمية خاصة في حالات الصرع كإحدى وسائل التشخيص المتميزة.

**رسم المخ : ما هو ؟ .. وكيف يتم؟**

كثير من المرضي تبدو عليهم علامات الترقب والخوف حين يدخلون إلي غرفة شبه مظلمة مكتوب علي بابها بعض الحروف الإنجليزية (E.E.G) هي اختصار يعني رسم المخ الكهربائي، ثم يزداد القلق لديهم حين يطلب إليهم الاستلقاء دون حركة وتوضع كثير من الأسلاك فوق رأسه، رغم أن العملية تتم بالكامل دون أي ألم .. لكن ما هو رسم المخ ؟

من المدهش أن نعلم أن المخ في كل إنسان منا ينبض في الأحوال المعتادة بموجات كهربائية دقيقة، ويحدث ذلك بصفة منتظمة ومستمرة حتى ونحن نائمون، ويمكن تسجيل هذه النبضات الكهربائية عن طريق أقطاب توضع علي فروه الرأس وتتصل بجهاز رسم المخ الذي يظهر هذه الموجات علي الورق أو علي شاشة خاصة، ويقوم الأخصائي بتحليل هذه الموجات التي تعطي دلالة علي وجود اضطراب ما، وطبيعة هذا الاضطراب وموضعه.

ويتم التعرف علي طبيعة ومكان الخلل الوظيفي الذي يصاحب حالات الصرع وغيرها من أمراض واختلالات المخ عن طريق مقارنة تسجيل موجات المخ مع الموجات المعتادة وهي معروفة من حيث العدد والشدة، فإذا ما وجدت بعض الموجات الدخيلة يتم تحديد القطب الذي قام بتسجيلها لتدل علي الموضع الذي نشأت فيه هذه الإشارات المرضية، وبالتالي يمكن التوصل إلي التشخيص السليم، ويتم علي أساس ذلك تحديد أسلوب العلاج المناسب.

**تسجيل رسم المخ:**

كل ما نطلبه من المريض أن يجلس علي مقعد مريح أو يستلقي علي سرير بجوار الجهاز، ويتم توصيل الأقطاب في مواضع معينة من فروه الرأس وفق نظام يضمن التسجيل الكامل للنبضات في كل مناطق قشرة المخ وهي الطبقة السطحية التي تصدر عنها الإشارات الكهربائية الدقيقة التي يقوم الجهاز بتكبيرها وتسجيلها علي الورق،

ويطلب إلي المريض أن يغمض عينيه ويستمر التسجيل علي مدى 20 دقيقة في المتوسط، ونحصل في النهاية علي 50-60 صفحة طول كل منها حوالي 30سم تكون مطوية علي شكل يشبه الكتيب بسمك حوالي سنتيمتر واحد، وإذا ما قمنا بفتح هذه الصفحات المطوية فإن طولها قد يصل إلي ما يقرب من 20 متراً.

وجدير بالذكر أن عملية رسم المخ منذ إدخالها في عام 1934 قد شهدت الكثير من التطوير في الأجهزة والتقنيات حيث أدخل استخدام الكومبيوتر والأجهزة الرقمية Digital الدقيقة لتحليل الموجات ووضع تشخيص تقريبي، كما يوجد حالياً أجهزة تقوم برسم خرائط ملونة للمخ Brain mapping تبين وظيفة المناطق والأجزاء المختلفة ومواضع الخلل بطريقة دقيقة كبديل للأجهزة التقليدية التي ظلت تستخدم على مدى السنوات السابقة.

**مجالات وتطبيقات رسم المخ:**

تقوم المعلومات التي تتوفر لنا عن طريق رسم المخ بالمساعدة على الوصول إلي التشخيص الصحيح في حالات الصرع بصفة عامة، وتحديد نوع النوبات، ومن الناحية النظرية فإن التسجيل الذي يتم عادة والمريض في حالة طبيعية بين النوبات لا يفترض أنه سوف يرصد لنا الخلل الذي يحدث أثناء النوبة، وهذه حقيقة فالمريض أثناء وجوده تحت جهاز رسم المخ يمكث لمدة لا تزيد علي نصف الساعة في المتوسط،

ولا نتوقع خلال ذلك أن تحدث النوبة ويتم تسجيلها فهذا نادر جداً ذلك أن النوبة تحدث في كثير من الحالات بعد عدة أيام أو شهور، ورغم ذلك فإن التسجيل بواسطة جهاز رسم المخ يعطي معلومات مفيدة حين يسجل الموجات المرضية غير المعتادة حتى فيما بين النوبات، ولهذا دلالة تفيدفي التشخيص.

وهناك حالات أخرى يفيد في التعرف عليها رسم المخ مثل الأورام داخل المخ، وانسداد الأوعية الدموية في المخ، وزيادة الضغط داخل الجمجمة، ومن الأمور الهامة التي أصبح لتسجيل رسم المخ دور حيوي في تقديرها ما يعرف بحالات الموت الدماغي، وهذه الحالة نواجهها حين يطلب إلينا إعلان وفاة أحد المرضي أو المصابين في غرفة العناية المركزة، ويكون هذه المريض في حالة غيبوبة وقلبه ينبض لكنه تحت الأجهزة التي تنظم عمل القلب والتنفس الصناعي، وإذا ما تم فصل هذه الأجهزة سوف يتوقف القلب والتنفس في الحال، وقد يمكث كذلك لمدة طويلة، ويكون دون رسم المخ في هذه الحالات حاسماً، فإذا ما وجدنا أن نبضات المخ الكهربائية قد اختفت تماماً عند محاولة تسجيلها فإن ذلك يعني أن المريض قد فارق الحياة بالفعل ويجب إعلان وفاته وفصل تلك الأجهزة عن جسده دون اعتبار لنبض القلب التلقائي أو استمرار التنفس صناعيا.

بقي أن نعرف حقيقة أخرى عن رسم المخ، فهذه الأداة الهامة في تشخيص الصرع قد لا تعطي معلومات في بعض مرضي الصرع،

فيذكر أن رسم المخ في نسبة تصل إلي 15% من المرضي يكون رسم المخ طبيعيا ولا يظهر أي موجات مرضية رغم أن المرضي يعانون بالفعل من حالة صرع، وفي نسبة قليلة ( 4% ) من الأشخاص الطبيعيين قد تظهر أحياناً موجات مرضية عند إجراء رسم المخ لهم، ومن الحقائق العلمية المثيرة التي توصل إليها العلم حول رسم المخ ما لوحظ من وجود نمط ثابت من الموجات الكهربائية خاص بكل شخص علي حدة، يتميز به، ولا يتغير طوال حياته، لدرجة أنه يمكن بذلك التسجيل الاستدلال علي هذا الشخص، تماماً مثل بصمات الأصابع !!

**الصرع والاضطرابات النفسية؟**

يتأثر مرضي الصرع بصفة عامة من الناحية النفسية نتيجة لهذا المرض بدرجات متفاوتة، لكن التأثر يكون واضحاً في أكثر من نصف الحالات تقريباً حيث تبدو عليهم مظاهر الاضطراب النفسي، وهذا الاضطراب النفسي قد يكون مصاحباً للنوبات، وقد يحدث بصفة دائمة، ففي حالة النوبة النفسية التي أشرنا إليها عند الحديث عن أنواع الصرع يمكن أن يتحرك المريض أثناء النوبة دون وعي وينتقل من مكان إلي آخر، وهو في حالة من القلق والخوف تحت تأثير خيالات تتراءى له وتزيد من انفعاله، وقد يقدم دون إدراك علي القيام ببعض الأفعال الغريبة مثل العدوان علي الآخرين أو إيذاء نفسه، ولا يذكر أي شئ من ذلك بعد انتهاء النوبة.

أما الاضطرابات النفسية الدائمة التي تحدث نتيجة للصرع فيبدأ ظهورها بعد سنوات من الإصابة بالمرض عادة، وقد تختفي نوبات الصرع أو يبرأ المريض منها لكن يظل في حالة اضطراب نفسي تتدهور بمرور الوقت، وقد تشبه الحالةفي أعراضها مرض الفصام العقلي حيث ينفصل المريض عن الحياة من حوله، ويفكر بطريقة غير منطقية حيث يستغرق في أفكار زائفة عن نفسه وعن المحيطين به، وقد يكون الأثر النفسي للصرع في صورة تدهور عقلي كامل حيث يهمل المريض نظافته، ويفقد الكثير من قدراته العقلية، ولا يقوى علي تذكر المواقف والأحداث التي تمر به، وينحصر تفكيره في أمور قليلة لا يخرج عنها، وهذه الحالة تشبه إلي حد كبير حالة العته أو الخرف التي تحدث في الشيخوخة، لكنها في هذه الحالة تحدث بتأثير الصرع في شباب صغير السن.

وقد تنتاب بعض المرضي بالصرع المصحوب بتغييرات نفسية حالة هياج شديدة يقوم خلالها بتحطيم الأشياء، والعدوان علي الآخرين الذي يصل إلي ارتكاب جرائم وأعمال عنف، ويفعل ذلك وهو في حالة غضب وانفعال حاد يصعب السيطرة عليه وتشبه إلي حد كبير حالات الهياج في بعض الأمراض النفسية، ويلزم علاج مثل هذه الحالات بأقسام الطوارئ المعدة لاستقبال الحالات النفسية المشابهة، حيث يتم تهدئة المريض والسيطرة علي انفعاله.

## الشخصية "السيكوباتية" المضادة للمجتمع

من الصعب أن نحدد ماذا تعني الشخصية، ولكنها بصفة عامة تعبير عن الجوانب المختلفة للصفات التي يتميز بها الشخص، وتشمل السلوكيات والأفكار والعواطف والانفعالات، وهي الخصائص التي تستمر مع الفرد علي مدى السنوات في مواجهة المواقف والظروف المختلفة، كما أن الشخصية تشمل القيم والمناهج التي يتبناها الواحد منا وتشكل ما يعرف " بطبعه " أو أسلوبه في الحياة، والذي يعرفه به الآخرون من حوله .

## تكوين الشخصية:

تتكون شخصية الفرد في سنوات العمر الأولي ، وقد ثبت ذلك من خلال دراسات أجريت علي التوائم، حيث يبدو الكثير من التطابق بين سمات الشخصية في كل من التوأمين اللذين ينتجان من تلقيح بويضة واحدة ، كما أن الصفات المزاجية للأطفال في الشهور الأولي عقب الولادة والتي يمكن ملاحظتها في هدوء البعض منهم وميل البعض الآخر للعصبية والمشاكسة غالباً ما تستمر خلال فترة الطفولة وربما في مراحل العمر التالية . ويؤثر في تكوين الشخصية الظروف والعلاقات الأسرية المحيطة بالطفلفي سنوات العمر الأولي ، فالحرمان العاطفي للطفل أو كثرة الخلافات بين الوالدين غالباً ما تلقي بظلالها علي تكوين الشخصية

وقد تظهر آثارها لاحقاً في مرحلة المراهقة وما بعدها ، ورغم أن العوامل الوراثية التي تنتقل عبر الأجيال من خلال الجينات التي تحمل الصفات الخاصة بكل فرد لها أهمية في تكوين الشخصية إلا أن الدلائل تؤكد أن التعلم في مرحلة الطفولة من المواقف التي تفرضها البيئة المحيطة قد يعدل في السمات الرئيسية للشخصية ، ومثال ذلك الطفل الذي يتميز بالطاعة والهدوء الشديد حين يتحول إلي طفل عدواني شرس إذا ما وجد أن هذا هو أسلوب التعامل بين أبويه وبقية أفراد أسرته .

**الشخصية بين الاعتدال .. والاضطراب :**

من الأمور الصعبة في ممارسة الطب النفسي الحكم علي شخصية اى فرد وتحديد سماتها لأن ذلك لا يكون ممكنا بأي حال من خلال الفحص في المقابلة النفسية ، إن ذلك يتطلب معرفة تفاصيل كثيرة عن نمط هذا الشخص وسلوكياته علي مدى سنوات حياته السابقة ، ويتطلب ذلك الحصول علي معلومات من مصادر محايدة حول ماضي هذا الشخص ، ونظراً لوجود الكثير من الفوارق الفردية بين الناس فإنه من الصعوبة أيضا تحديد من هو الشخص " الطبيعي " أو السوي الذي يتمتع بشخصية في حالة اعتدال حيث أن ذلك يخضع لأحكام تتفاوت من مجتمع إلي أخر .

وعلي وجه العموم فإن اضطراب الشخصية يكون من علاماته معاناة الشخص نفسه أو الآخرين من حوله،والآثار التي تنتج عن ذلك علي الفرد والمجتمع حين يختل التوازن النفسي له وتتغير سلوكياته بما لا يتوافق مع المحيطين به،ويختلف اضطراب الشخصية عن الاضطرابات النفسية الأخرى رغم تشابه الصورة العامة لكل منهما في أن الاضطراب النفسي يمكن تحديد بداية حدوثه في شخص كان يعرف بأنه لا يعاني من أي أعراض مرضية قبل ذلك،بينما ترجع بداية المعاناة في حالة اضطراب الشخصية إلي سنوات العمر الأولي وتستمر بعدها دون انقطاع،وهناك علاقة بين اضطرابات الشخصية والإصابة بالأمراض النفسية،مثال ذلك الارتباط بين الشخصية الوسواسية والإصابة بمرض الوسواس القهري، والشخصية المنطوية والإصابة بالفصام ، ومن هنا تأتي أهمية تحديد نوع الشخصية للتنبؤ باحتمالات حدوث بعض الأمراض النفسية .

الشخصية " السيكوباتية " أو المضادة للمجتمع :

يعتبر هذا النوع من اضطراب الشخصية احد أهم الأنواع وأكثرها شيوعاً ، حيث تقدر نسبة الأشخاص المصابين به بحوالي 3% من الرجال و 1% من النساء  في الولايات المتحدة ، ويشكل هؤلاء الأشخاص الغالبية العظمي من المجرمين والمدمنين والخارجين علي القانون ويشترك هؤلاء الأشخاص في ميلهم للعنف والعدوان علي الآخرين دون ادني شعور بالمسؤولية أو تأنيب الضمير ، ويتجهون إلي تكرار ذلك من غير أن يتعلموا من تجاربهم السابقة ،

وعندما نتتبع تاريخهم السابق نجد سلسلة من الانحرافات وانتهاك القواعد والأعراف منذ الصغر ، بدءاً من التمر في مرحلة الطفولة ، والغياب عن المدرسة ، والشغب في المنزل والشارع ، ثم السلوك الجانح الذي يتخذ أشكالا متعددة مثل الانحرافات الجنسية ، والسرقة ، والكذب ، والعنف ضد الآخرين ، وإدمان المخدرات .

وترجع أسباب اضطراب الشخصية السيكوباتية المضادة للمجتمع إلي عوامل وراثية حيث يلاحظ وجود أكثر من حالة في الأسرة الواحدة ، وفي بعض الحالات توجد تغيرات عضوية في الجهاز العصبي تظهر من خلال الفحص باستخدام رسم المخ ، غير أن العوامل البيئية من حيث ظروف التربية المحيطة تظل الأهم حيث يلاحظ أن معظم هذه الحالات تأتي من خلفية أسرية مفككة ، وترتبط بمستويات اجتماعية متدنية ، وتربية غير سليمة في الطفولة .

وهناك عدة أنواع من الشخصية السيكوباتية تختلف فيما بينها ، فمنها العدواني الذي يتجه إلي العنف ، ويقوم بإيذاء نفسه والآخرين ، ومنها السلبي الذي يكون تابعاً في الغالب لأشخاص آخرين يقودونه إلي الانحراف ، أما النوع الثالث فيوجه طاقاته إلي أنشطة تبدو مفيدة يحقق بها لنفسه الكثير من الانجاز .

**أنواع أخرى من اضطراب الشخصية :**

هنا نورد وصفاً موجزاً لعدد من الحالات تمثل اضطرابات خاصة في سمات الشخصية ، ورغم أن البعض منها قد يتصف ببعض السمات المرغوبة إلا أنها عموماً أنماط خاصة تتميز بتجمع صفات تشكل معاً كل أنواع اضطراب الشخصية ومن أمثلتها :

الشخصية الوسواسية : وتتميز بعدم المرونة ، والتعصب ، والميل إلي المثالية والكمال في كل شئ ، ويظهر ذلك في المبالغة في النظام ، والنظافة ، والدقة في العمل ، وقد تكون بعض هذه الصفات مرغوبة ، وهناك علاقة بين هذا النوع من الشخصية والإصابة بمرض الوسواس القهري .

الشخصية الهستيرية : ويميل الأشخاص من هذا النوع من الشخصية إلي حب الاستعراض والظهور ولفت انتباه الآخرين ، وعدم النضج في تصرفاتهم ، كما يميلون إلي قابليتهم للإيحاء بسهولة ، وهم أكثر عرضه للإصابة بالهستيريا .

الشخصية الفصامية : وتتميز بالميل إلي العزلة والانطواء ، والتحفظ الشديد في العلاقة مع الآخرين ، حيث يفضل الأشخاص من هذا النوع الابتعاد عن الناس ، وهذا يساعدهم علي الإنجاز والتفوق الدراسي إلي حد كبير ، لكنهم قد يستغرقون في أحلام اليقظة حين يعيشون في عالمهم الداخلي ، وهناك ارتباط بين هذا النوع من اضطراب الشخصية وبين مرض الفصام .

الشخصية الوجدانية : ومنها النوع الذي يميل إلي الاكتئاب فتراه دائماً في حالة تشاؤم ويأس ويتوقع حدوث أسوأ الأمور ، ولا يستطيع الاستمتاع بمباهج الحياة ، وهناك نوع آخر متقلب الأهواء تتأرجح حالته المزاجية بين الكآبة والسرور ، وهذه الأنواع ترتبط بالاضطرابات النفسية الوجدانية مثل مرض الاكتئاب والهوس .

الشخصية البارانوية : وتتميز بالشك وعدم الثقة في الآخرين ، والحساسية المفرطة للنقد ، والميل إلي المنافسة والغيرة ، والشعور بالعظمة والتميز ، ويرتبط هذا النوع من اضطراب الشخصية بالفصام ومرض البارانويا ( هذيان العظمة والاضطهاد ) .

الشخصية النرجسية : وتشبه إلي حد كبير النوع السابق ، وتتميز بالتركيز علي الذات والإحساس الزائد بأهمية النفس ، والرغبة في لفت انتباه الآخرين ، وعدم النقد ، والأنانية دون اعتبار للآخرين .

**علاج اضطرابات الشخصية :**

يبدى الكثير من الأطباء النفسيين شكهم في امكانية علاج مثل هذه الحالات ، فالشخصية يصعب أن تتغير سماتها مهما كانت الوسائل ومن المؤكد أن دور الادوية في هذا المجال محدود للغاية ، غير أن انضمام هذه الحالات إلي مجموعات علاجية يفيد في تعليمهم بعض الاتجاهات المرغوبة وتخلي بعضهم عن الصفات المرضية غير المرغوبة

وبالنسبة لحالات اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع " السيكوباتية " فإن العلاج يتم في وحدات للرعاية الداخلية تتميز بنظام صارم يشبه السجن ووسط علاجي اقرب إلي المستشفي للسيطرة علي السلوك والميول العدوانية لدى هذه الحالات .

وكلمة أخيرة حول الموضوع الذي نتحدث عنه هي أهمية الوازع الديني والتنشئة الأخلاقية السليمة في السيطرة علي النزعات المرضية للنفس الإنسانية ، فقد ثبت أن الالتزام بروح الدين ، والإيمان القوي الثابت بالله تعالي حين يتم غرسها في النفس منذ الصغر تكون وقاية من الانحراف والاضطراب ، وصمام أمن للسلوك المعتدل السوي .. مع تمنياتنا للجميع بالصحة النفسية الدائمة

**اعباء الأمراض النفسية :**

بالنسبة لأعباء المرض النفسي على المريض وأسرته والمجتمع فقد تم تحديد عدة أوجه لهذه الأعباء ، وقد ذكرت تقارير منظمة الصحة العالمية أربعة أنواع من أعباء الأمراض النفسية التي تتسبب في المعاناة للمرضى النفسيين وأسرهم والمجتمع ، وهى :

العبء المعرف أو المحدد Defined burden

ويتمثل في العجز أو الإعاقة التي تنشأ عن الإصابة بالمرض النفسي وتأثيره على مواصفات الحياة quality of life ، وتمثل نسبة أعباء الأمراض النفسية والعصبية 10.6% من مجموع الأمراض مجتمعة ، كما تتسبب بها في ضياع 28% من سنوات الحياة للمرضى الذين يعانون منها.

العبء غير المحدد Undefined burden

ويتضمن الخسائر المادية والاجتماعية التي تنشأ نتيجة للإصابة بالمرض العقلي للمريض نفسه والمحيطين به من أفراد أسرته والمجتمع ، ولا يمكن تقدير ذلك بالأرقام حيث يتضمن التكاليف المادية للعلاج والتأهيل، ونقص الإنتاجية ، والأعباء النفسية على أفراد الأسرة وتأثر حياتهم وإنتاجيتهم .

العبء الخفي (غير المنظور ) Hidden burden

ويتمثل في الوصمة التي تسببها الإصابة بالمرض العقلي وانتهاك الحقوق الأساسية للمريض ، ويترتب على ذلك مشاعر العزلة والإذلال والحرمان من العلاقات الاجتماعية

**عبء المستقبل Future burden**

وهو توقع تزايد حالات الإصابة بالاضطرابات النفسية وما يترتب عليها من إعاقة عقلية نتيجة لزيادة انتشار الأمراض النفسية ، وزيادة أعداد المسنين ، والتغييرات التي يشهدها العالم نتيجة للصراعات والحروب والكوارث الطبيعية ، ومن شأن هذه الأعباء التأثير بصورة مباشرة أو غير مباشرة على حصول المرضى النفسيين على حقوقهم مثل حق العدالة في الرعاية والخدمات الصحية دون تفرقة ، وحق الحرية للمرضى بأن لا يتم احتجازهم أو تقيد حريتهم ، وحق الحماية من الانتهاك ،

وعدم التعرض للإساءة البدنية أو الجنسية ، وحق الموافقة على العلاج دون إجبار،وحق تحكم المرضى وسيطرتهم على أموالهم وممتلكاتهم دون أن يغتصبها أحد.

وقد تم اقتراح خطوات محددة في تقارير منظمة الصحة العالمية تهدف إلي تخفيف أعباء المرضى النفسيين ، ومساعدة المرضى وأسرهم في تحمل المعاناة الناجمة عن اعباء المرض النفسي.

**الكحول ..و أنواع الإدمان**

أسوأ أنواع المخدرات ليس الأقوى في تأثيره علي الجسم والعقل،وليس الأسرع إدمانا كما يظن الكثير منا حين يعتقد بأن الهيروين وغيره من المخدرات البيضاء أسوأ أثرا علي الإنسان من المخدرات التقليدية المعروفة..لكن الحقائق والأرقام تشير إلي غير ذلك، فأنواع المخدرات الأكثر انتشاراً وتداولاً ، والتي تجد بعض القبول الاجتماعي ، وتلك التي يسهل الحصول عليها ، وليست غالية الثمن هي الأكثر خطراً في تأثيرها المدمر علي قطاعات كبيرة من الناس .. وتبعاً لذلك يمكن من خلال الأرقام أن نقول بأن تدخين السجائر أسوأ أنواع الإدمان وأكثره تسبباً في الأمراض والوفيات حيث يقتل التدخين ما يقرب من 3 مليون إنسان كل عام بمعدل شخص يلقي حتفه كل 10 ثوان ..

ويأتي الكحول في المرتبة الثانية متقدما علي كل أنواع المخدرات الأخرى المعروفة من حيث الانتشار والآثار الصحية والنفسية والاجتماعية ، والمضاعفات المرضية والوفيات الناجمة عنه والتي تفوق كل أنواع المخدرات الأخرى مجتمعة !!

وهناك قائمة طويلة تحتوي على مواد الإدمان المختلفة, غيران المساحة هنا لن تكفي إلا لعرض موجز لبعض الملاحظات حول الإدمان و أنواع المخدرات المختلفة.

بالأرقام .. الكحول الأسوأ :

الكحول الأكثر انتشاراً حيث يأتي في مقدمة مواد الإدمان من حيث عدد الذين يستخدمونه كما تؤكد الإحصائيات المقبلة من دول الغرب .. وتذكر الأرقام أن نسبة 85% من سكان الولايات المتحدة الأمريكية هم من المتعاطين للكحول ، وهذا معناه أن ما يقرب من 172 مليون شخص في أمريكا يستخدمون الكحول ، ولا يعني أنهم جميعاً يدمنون المشروبات الكحولية بل هناك نسبة من هؤلاء يتعاطون أحياناً ، ونسبة أقل يدمنون التعاطي بانتظام ، والغريب أن هذه النسبة تفوق عدد المدخنين الذين لا تزيد نسبتهم عن 573 اى 147.5 مليون أمريكي ، ويلي ذلك استخدام المواد الأخرى مثل الحشيش أو الماريجوانا بنسبة 33% اى 68 مليون شخص ، والأدوية النفسية المهدئة بنسبة 12.5 % ( نحو 25 مليون ) ،

وعقاقير الهلوسة التي يستخدمها 9% من الأمريكيين ويزيد عدد الرجال المدمنين عن عدد النساء بنسبة كبيرة بالنسبة لكل أنواع المخدرات عدا الكحول الذي يقل فيه الفارق بين نسبة المدمنين في الجنسين ليصل إلي 1:2 ، آي أن السيدات يتجهن إلي إدمان الكحول بنسبة أكبر من استخدام المواد الأخرى ويصل عدد المدمنات إلي نصف عدد الرجال من مدمني الكحول .

ومن خلال هذه الأرقام يتبين أن الكحول هو أكثر مواد الإدمان انتشاراً ، وكان منذ القدم ولا يزال يستخدم علي نطاق واسع ، ولا تصل درجة رفض الناس له إلي الدرجة التي ينظرون بها إلي إدمان المخدرات الأخرى ، فالكحول أكثر قبولاً في كل المجتمعات ، ومن خلال الأرقام عن التكلفة المباشرة وغير المباشرة التي تقدر بنحو 150 بليون دولار سنوياً في الولايات المتحدة ( بمعدل 600 دولار لكل فردفي العام ) ، ويتسبب تعاطي الكحول في التعرض لمشكلات صحية ، وغياب عن العمل أم الدراسة ، حوادث الطرق عند القيادة تحت تأثير الخمر ، والمشكلات النفسية مثل نوبات فقدان الوعي من الذاكرة ، والجرائم التي يرتكبها المدمنون تحت تأثير الكحول .. ومن هنا يمكن القول دون مبالغة أن الكحول هو الأسوأ والأخطر بين كل مواد الإدمان الأخرى .

مقارنة " بلغة الأرقام " :

يتراوح التناول الإعلامي والصحي والأمني بصفة عامة بالنسبة لموضوعات إدمان المخدرات وظاهرة التدخين بين التهويل والمبالغة بدرجة تبعث علي الذعر والتشاؤم بالنسبة للمخدرات ، والتهوين من شأن التدخين بصورة تدعو للاطمئنان والاسترخاء ، وهنا سوف نعرض وجهة نظر ورؤية موضوعية للارتباط بين التدخين والمخدرات تتضمن توضيحا للعلاقة بين ظاهرتين تبدو إحداهما وهي التدخين كعادة تمارس علنا علي نطاق واسع وتلقي القبول الاجتماعي وهي في الواقع المقدمة لاستخدام المخدرات وقد تكون أكثر خطورة من تلك الأخيرة التي تثير الذعر وتمثل خروجا علي شرعية المجتمع .

والواقع أن لغة الأرقام وهي الأصدق دائما يمكن أن نجد فيها الانطباع الموضوعي حول هذه القضية ، ورغم أن الأرقام لها الدقة أو الصدق المعهود في التعبير عن مشكلة المخدرات حيث أن كل ما يتعلق بها من أنشطة بداية من الإنتاج والترويج والتداول وحتي التعاطي دائما ما تحدث في الخفاء ، وعلي ذلك فكل ما يذاع بخصوصها من أرقام هي انطباعات تقريبية ، فتذكر تقارير منظمة الصحة العالمية أن في العالم ما يقرب من 50 مليون مدمن غالبيتهم العظمي يتعاطون الحشيش

أما مدمنو الهيروين تلك المادة الخطيرة المشتقة من الأفيون فلا يزيد عددهم لحسن الحظ علي ثلاثة أرباع المليون ، ولا تشمل هذه الأرقام الكحول الذي يستخدم في كثير من البلدان ويتفوق علي غيره من المخدرات في المضاعفات التي يسببها والوفيات التي تنجم عن تناوله .

أما بالنسبة للتدخين فتذكر إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من 3 ملايين إنسان يموتون فتذكر إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن ما يقرب من 3 ملايين إنسان يموتون في أنحاء العالم بسبب أمراض متعلقة بالتدخين، وتذكر إحصائيات أخرى أن شخصا يودع الحياة كل 10 ثوان بسبب التدخين ، وقد ثبت أن دخان السجائر يحتوى علي أربعة آلاف مركب ضارلا يعرف منها علي نطاق واسع سوى النيكوتين والقطران ، وحول الوفيات التي يسببها التدخين أيضا تذكر الإحصائيات أن من بين كل ألف من المدخنين يموت 250 من أمراض تتعلق بصورة مباشرة بالتدخين .

أيهما أكثر خطورة ؟

قد يتساءل البعض اى تلك المواد أكثر خطورة المخدرات ( كالهيروين مثلا ) أم التدخين ؟ وقد يبدو للوهلة الأولي أنه لا مجال للمقارنة فالهيروين احد أسوء أنواع المخدرات ومواد الإدمان المعروفة بآثارها ومضاعفاتها الشديدة ، بينما السجائر التي يدخنها كثير من الناس لا تظهر لها خطورة مباشرة ،

فالناس يدخنون علنا في كل مكان ومع ذلك يمارسون حياتهم بحرية مثل غيرهم دون أثر واضح عليهم من التدخين ، لكن تبقي الإجابة الصحيحة عن هذا التساؤل الذي طرحناه مختلفة عن الانطباع العام فالتدخين أسوأ بكثير من كل مواد الإدمان المعروفة إذا أخذنا في الاعتبار انتشاره الواسع بين مختلف الفئات ، والأضرار الصحية والبيئية التي تنشأ عنه ، والوفيات التي يسببها ، فالتدخين عادة تلقي القبول الاجتماعي مقارنة بالهيروين مثلا الذي يحيط باستخدامه صيحات إنذار عالية ، وبالتالي يقتل التدخين ضحاياه بهدوء وببطء شديد دون إزعاج ، وهنا مكمن الخطورة .

ولتوضيح وجهة نظرنا هذه لنتخيل أن الأب رب الأسرة قد عاد من عمله إلي البيت فإذا زوجته تخبره بأن ولدهما الطالب المراهق قد شوهد وهو يدخن سيجارة، فكيف يكون وقع هذا الخبر لديه وما هو رد فعله المتوقع ؟ إن بوسعنا أن نتوقع أن الأب قد يراوده إحساس بالانزعاج لذلك ، لكن علينا أن نتخيل إذا كانت الواقعة التي علم بها الأب هي أن ابنه قد ضبط يتعاطى الهيروين ، إن الأمر سيختلف تماما في هذه الحالة فالوضع جد خطير والخطر هذه المرة ذو صوت عال .

و لكي نتصور العلاقة بين التدخين والمخدرات لنتخيل من الناحية النظرية أن السلطات في بلدان العالم قد اخذت تتعامل مع التبغ الذي تصنع منه السجائر بنفس الأسلوب المتبع مع المخدرات مثل الأفيون والهيروين والكوكايين ،

ولنتصور أن السجائر صارت ممنوعة من التداول ، وراحت الجهات الأمنية تتعقب تجارها ( أو مروجيها ) كما هو الحال مع المخدرات إننا في هذه الحالة سوف نرى بالتأكيد ارتفاعا هائلا في أثمان التبغ قد يصل بقيمة السيجارة الواحدة إلي رقم كبير من النقود ، وسوف نسمع في هذه الحالة أيضا عمن يسرق ومن يرتكب الجرائم ليحصل علي المال الذي يشترى به السيجارة تماما كما يحدث مع مدمني المخدرات حاليا !!

إن ذلك مجرد تصور من وحي الخيال لكن في الواقع فإن آخر تصنيفات الاضطرابات النفسية الصادرة عن منظمة الصحة العالمية والتصنيف الأخير الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي تذكر إدمان نيكوتين التبغ ضمن حالات الإدمان وتضعه جنبا إلي جنب مع الهيروين ومواد الإدمان الأخرى ، حيث ورد وصف حالة الاعتماد علي النيكوتين ، والانسحاب من التدخين التي تحدث عند الإقلاع كحالات مرضية تتميز بوجود أعراض بدنية ونفسية محددة ، وهذا يدفعنا إلي اعتبار التدخين احد أنواع الإدمان وليس مجرد عادة كما جرى العرف في وصفه.

هؤلاء يدمنون الكحول :

أثبتت الدراسات أن إدمان الكحول يأتي في مقدمة المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية في بعض المجتمعات الغربية ، وتزيد نسبة إدمان الكحول في المدن الكبرى خصوصاً في المناطق المزدحمة ، ونسبة الرجال تفوق السيداتفي إدمان الكحول مرتين أو 3 مرات ، وفئة العمر بين 18-25 سنة من الشباب هم الأكثر تعاطياً للكحوليات ، ولا يرتبط تعاطي الكحول بطبقة اجتماعية معينة فالأنواع المختلفة من المشروبات الكحولية مثل البيرة والنبيذ والأنواع غالية الثمن مثل " الويسكي" و" الشمبانيا " و " الفودكا " تحتوى علي نسب متفاوتة من الكحول تتدرج من 2% في البيرة حني تركيز 40% في الويسكي ، وهناك بعض المشروبات يستطيع المتعاطون من كل المستويات الاجتماعية والاقتصادية الحصول علي المشروبات الكحولية .

وعند دراسة الخلفية النفسية والاجتماعية لمدمني الكحول تبين أنهم يشتركون في بعض الصفات منها التنشئة غير السليمة في الطفولة حيث يكون الأب أو أحد أفراد الأسرة من المدمنين للكحول ، وقد دفع ذلك إلي البحث عن عامل وراثي أو جينات تحمل صفة الميل إلي إدمان الكحول حيث تشير الدلائل إلي وجود هذا الاستعداد الوراثي في بعض الأسر مما يمكن معه التنبؤ بأن أفرادها معرضون لإدمان الكحول أكثر من غيرهم ،

كما يرتبط إدمان الكحول بالشخصية المضطربة المضادة للمجتمع وهو نوع من الاضطراب المرضي للشخصية يتجه فيه الشخص بالإضافة إلي الإدمان للخروج علي القوانين والعرف وعدم الالتزام وإثارة المشكلات وارتكاب الجرائم والحوادث دون تأنيب من الضمير .. كما أن مدمني الكحول يكون لديهم الاستعداد أيضا لتعاطي وإدمان مواد أخرى مثل المخدرات المختلفة ، ومنهم من يبدأ بالتعاطي في مناسبات اجتماعية أو أثناء التعرض للمشكلات والقلق ثم يتجه إلي الإدمان فيما بعد .

ماذا يفعل الكحول بالجسد والعقل ؟

يعتبر الايثانول Ethanol أو الكحول الاثيلي هو المادة الفعالة في المشروبات الكحولية حيت تحتوى الجرعة الواحدة التي يتم تعاطيها علي نحو 12 جراماً من الايثانول ، وهي ما يعادل 112 أوقية من البيرة أو أوقية واحدة من الويسكي ، ويتم امتصاص الكحول مباشرة في المعدة والجزء الأول من الأمعاء الدقيقة في مدة 30-90 دقيقة ليصل إلي اعلي مستوياته في الدم بنسبة 15-20 مجم% ومنه إلي كل أنسجة الجسم ، ويقوم الكبد بإفراز أنزيمات خاصة للتخلص من التأثير الضار للكحول علي الأنسجة تعمل عن طريق تكسير جزيئات الكحول لتفقد تأثيرها ، وحين تقل هذه الأنزيمات نتيجة للأمراض فإن التسمم بالكحول يحدث بعد التعاطي مباشرة ،

ويقوم الكبد بالعبء الأكبر في التعامل مع الكحول بنسبة 90% بينما يتم التخلص من نسبة 10% الباقية عن طريق الكلي والجهاز التنفسي من الرئتين ، ومن هنا كان الكبد أكثر عرضة للإصابة بالالتهابات وترسب الدهون ثم التليف حتي تتلف خلاياه بتأثير الكحول .

ويتأثر الجهاز العصبي بارتفاع نسبة الكحول في الدم نتيجة لتأثيره علي كيمياء المخ ، وحين يصل التركيز إلي نسبة 5% تبدأ مظاهر خلل التفكير والسلوك في الظهور ، ومع زيادة تركيز الكحول يفقد الشخص السيطرة علي إرادته الأخرى ليسبب هبوطاً في وظائف الجهاز العصبي أو تسبب جرعاته الزائدة التسمم،وهناك حالة الذهول الرعاش Delirium Trenens التي يغيب فيها الوعي مع ارتعاش كل أعضاء الجسم ، وحالات فقد الذاكرة أو الإصابة بالذهان الذي يشبه الجنون وتخيل أشياء وهمية في صورة هلاوس سمعية وبصرية ، وقد يؤدى الاستخدام المستمر للكحول إلي الإصابة بحالة العته dementia التي تشبه خرف الشيخوخة . ومن الآثار السلبية الأخرى للكحول ضعف القدرة الجنسية ، وزيادة نسبة التعرض للإصابات والحوادث .

**الكحول والمخدرات والجريمة :**

في دراسة قمت بها علي عينة من المراهقين في دار للملاحظة الاجتماعية مخصصة لاحتجاز الأحداث الجانحين لتقويمهم بعيدا عن المجتمع بعد ارتكابهم جرائم ومخالفات قانونية تبين أن 85 % من أفراد هذه العينة الذين تراوحت أعمارهم بين 12-19 سنة كانوا من المدخنين .

وقد بدأ بعضهم التدخين مبكرا وهو دون العاشرة ، وقد أظهرت النتائج استخدام نسبة منهم تصل إلي 50% لمواد مخدرة مختلفة مثل الكحول والحشيش والعقاقير المخدرة والمنبهة ، ومنهم من أدمن استنشاق المواد العضوية المستخدمة في الطلاء واللصق والبنزين .

والنقطة الهامة في هذه الدراسة هي أن كل أفراد العينة الذين استخدموا المواد المخدرة كانوا من المدخنين الذين بدأ لديهم مبكرا عادة التدخين ثم اتجهوا لإدمان المخدرات ولم يثبت أن أيا من غير المدخنين قد تعاطي المخدرات بالمرة .

**إدمان الترامادول**

يستخدم ترامادول Tramadol كعلاج لتسكين الآلام بدرجة متوسطة حتى شديدة , و يؤثر على نفس مستقبلات المورفين، وهو منافس على المستقبلات المورفينية يشبه إلى حد ما الكودئين (Codeine) من حيث مقدرته على تسكين الأوجاع، إلا أن خطر الإدمان عليه جعل منه واحدا من المخدرات الأسوأ تأثيرا كم أنه من الأكثر انتشارا في السنوات الأخيرة.

و قد يسبب الترامادول نوعاً من الإدمان في حال استخدامه بجرعات كبيرة و/أو لفترات طويلة، و قد يلاحظ المريض ازدياداً مضطرداً في مقدار أو تكرار الجرعة الكافية لتخفيف الألم بسبب اعتياد الجسم على العلاج؛ يجب التقيد بتعليمات الطبيب بخصوص الجرعة و كيفية تناول الترامادول كعلاج.. لكن هناك الكثير من أنواع الترامادول لا تستخدم كعلاج و لكن تروج للتعاطي و الإدمان يعرفها العامة بأسماء مختلفة و بشكلها و ألوانها.




و قد يسبب إدمان الترامادول اضطرابا نفسياً أو جسدياً ، بحيث يصبح من الصعب الاستغناء عنه؛ لا يجوز صرف الترامادول إلا بوصفة رسمية حيث أنه مصنف " جدول أول" , و يسبب الترامادول تأثيراً مثبطاً على الجهاز العصبي المركزي،و قد يؤثر على النشاطات الجسدية أو العقلية للمريض؛

لذا يجب توخي الحذر الشديد عند ممارسة أنشطة أو مهام تتطلب تركيزاً مثل قيادة السيارة أو تشغيل الآلات المختلفة, ويؤدي التوقف المفاجئ عن تناول ترامادول في المرضى الذين تناولوا العقار لفترات طويلة إلى أعراض الانسحاب، و قد يسبب تناول جرعة زائدة من الترامادول أعراضاً جانبية خطيرة مثل نوبات التشنج التي تشبه الصرع .. وقائمة أخرى من المضاعفات.

**الحل .. بالوقاية قبل العلاج :**

لا تختلف مشكلة إدمان الكحول من مواجهتها عن مشكلة الإدمان بصفة عامة ، والوقاية هنا أهم وأجدى من العلاج ، وهذا الأمر تؤكده الملاحظة حيث تعود نسبة كبيرة من المدمنين إلي التعاطي مرة أخرى بعد التوقف ، ومن خلال مراجعة الأرقام والإحصائيات حول إدمان الكحول يتبين أن المشكلة تمثل ضغطاً هائلا علي الخدمات الصحية بالإضافة إلي الآثار النفسية والاجتماعية لإدمان الكحول نتيجة للزيادة الهائلة في أعداد المدمنين للكحول في المجتمعات الغربية ، وفي بلدان العالم الإسلامي فإن هذه المشكلة أقل حدة نظراً لتعاليم الإسلام الواضحة بتحريم تداول وتعاطي الخمور ، وهذا يحقق الوقاية التي تعتبر أهم من العلاج ، ويجب التركيز علي تقوية الوازع الديني منذ الطفولة للحد من نسبة الانحراف في المراهقة والشباب ومراحل العمر التالية .

ولعلاج آي مدمن للكحول لابد أن تكون لدى هذا الشخص الرغبة والإرادة للإقلاع لأن من يتم إجباره علي التوقف لا ينجح علاجه ، ويتم العلاج بإتباع وسائل متعددة في نفس الوقت أهمها :

الفحص الطبي والنفسي لتحديد مدى الخسائر والأضرار الصحية والنفسية نتيجة لتعاطي الكحول والبدء بعلاجها حسب كل حالة .

في مرحلة الانسحاب وهي الأيام الأولي التي تعقب التوقف عن تعاطي الكحول يتم إحلال تأثيره باستخدام الأدوية النفسية حني يتم السيطرة علي الأعراض الحادة المتوقعة مثل التشنجات والذهول والغيبوبة .

العلاج النفسي عن طريق جلسات للعلاج الفردي أو العلاج الجماعي الذي يتم لمجموعة من مدمني الكحول معاً وقد يكون أفراد المجموعة غير معروفين لبعضهم البعض حيث يطلق علي هذه المجموعات العلاجية " الكحول المجهول " واختصارها AA وهي وسيلة مفيدة يساعد فيها المدمنون بعضهم بعضاً .

العلاج السلوكي ويتم عن طريق استبدال شعور اللذة المرتبط بالتعاطي بالنفور من المشروبات الكحولية ، ويستخدم لذلك مادة يطلق عليها " ديلسلفرام " Disulfi-ram وتسبب هذه المادة التي يتناولها المريض في صورة دواء أعراضا جادة مثل القئ والغثيان والألم بمجرد أن يتعاطى الشخص أية كمية من الكحول مما يجعله يبتعد تدريجيا عن التعاطي .

من المهم متابعة هذه الحالات بعد الإقلاع ومساعدتهم بعد تأهليهم للعودة إلي الحياة بهدف تغيير الظروف المحيطة بهم والتي دفعتهم إلي الإدمان قبل ذلك ، والاهتمام بهم أسريا واجتماعيا .

الحل أيضا ... مشترك :

تشترك مشكلة التدخين مع مشكلة المخدرات في ضوء هذه الرؤية في الأساليب التي يجب أن نفكر بها للحل ، ويتطلب الحل مواجهة شاملة تشترك فيها مؤسسات الرعاية الصحية مع جهات أخرى متعددة في تنسيق للجهود لمكافحة المشكلتين معا ، وفي تصورنا أن الربط بين مكافحة التدخين وحملات الوقاية من المخدرات يمكن أن يزيد من فعالية واثر هذه الجهود إذا تمت جنبا إلي جنب بدلا من أن تظل منفصلة كما يحدث حاليا ، والقاعدة العامة بالنسبة لمشكلة التدخين والمخدرات هي أن الوقاية أفضل كثيراً من العلاج في هذه الحالات .

وهناك بعض الحلول النفسية التي يمكن أن تؤدى إلي نتائج ايجابية إذا استخدمت بصورة واعية ، ومن الأساليب النفسية الفعالة العلاج النفسي الفردي والجماعي الذي يعتمد علي تعليم الأفراد الأسلوب الصحيح لمواجهة المشكلات وتزويدهم بالفهم والإدراك لحاجتهم وتعديل أسلوبهم في التعامل مع مشكلاتهم ومع الآخرين ، وقد يمتد العلاج ليشمل الزوجات وأفراد الأسرة للمشاركة في عملية العلاج .

ومن الأساليب التي أحرزت نتائج طيبة في علاج متعاطي المخدرات والمدخنين أيضا العلاج السلوكي الذي يهدف ببساطة إلي إعادة تعليم الفرد كيف يكره السيجارة وكأس الشراب والمادة المخدرة ، ويتم ذلك عن طريق فك الارتباط الشرطي حيث يجب إلا يقترن استخدام هذه المواد بأي نوع من مشاعر الهدوء والارتياح ، بل علي العكس من ذلك يجب أن ترتبط بمؤثرات مؤلمة عند تناولها ، وقديما كان المعالجون يضعون في كأس الخمر مواد كريهة حني ينفر منها المدمن  ولا يشربها ، كذلك فكر البعض في نوع من المضمضة تحتوى علي مركبات الفضة التي يجعل طعم دخان السيجارة في الفم لا يطاق فيتوقف المدمن عن التدخين ،   وفي الطب الحديث استخدمت عقاقير مضادة لبعض مواد الإدمان تسبب آثارا مؤلمة كالقئ والغثيان بمجرد تعاطي هذه المواد ، وفي نفس الوقت يتضمن العلاج السلوكي تقديم مكافأة رمزية لمن يتوقف عن تعاطي المخدرات أو يقلع عن التدخين، وهذا الأسلوب القائم علي الترغيب حينا والترهيب أحيانا يعرف بسياسة " الجزرة والعصا " رمزا لأثر الثواب والعقاب .

**إدمان المخدرات في القانون**

وضع القانون المصري عقوبات شديدة لمحاربة المخدرات تبدأ من الإعدام والغرامة التي لا تقل عن 100 ألف جنية ولا تتجاوز 500 ألف جنية في حالة تصدير وجلب جوهر مخدر أو إنتاجه أو صنعة كذلك في حالة زراعة نباتات مخدرة أو تصديرها أو حيازتها بقصد المتاجرة.. كما تكون عقوبة الإعدام أو الإشغال الشاقة المؤبدة والغرامة المالية السابق ذكرها في حالة الحيازة أو الشراء أو البيع أو التسليم بقصد التعاطي وكذلك في حالة إدارة أو تهيئة مكان للتعاطي... كما وضع القانون أيضا عقوبة الإعدام والغرامة المالية إذا وقعت هذه الجريمة في إحدى دور العبادة أو دور التعليم أو الحدائق العامة أو أماكن العلاج أو المؤسسات الاجتماعية والعقابية أو المعسكرات أو السجون أو بجوار هذه الأماكن... ثم تتدرج العقوبات حسب نوع الجريمة فتصل من 15:3 سنة وغرامة لا تقل عن 10ألف جنية ولا تتجاوز 50ألف جنية في حالة الاستعمال الشخصي.

**و هذه بعض بنود القانون:**

من يتم ضبطه أثناء تعاطي المخدرات: ويثبت إدمانه أجاز المشرع للمحكمة بدلا من أن تقضى علية بالعقوبة المقررة أن تأمر بإيداعه إحدى المصحات التي تنشأ لهذا الغرض ليعالج فيها باعتبار أن علاجه أجدى له وللمجتمع من عقابه وذلك تمشيا مع توصيات الأمم المتحدة وبما هو متبع بالبلدان المتقدمة.

الإيداع : لا يقل عن ستة أشهر ولا يزيد على الثلاث سنوات أو مدة العقوبة المنصوص بها أيهما أقل.

ج- إذا تم شفاء المودع يفرج عنة بقرار من اللجنة المختصة ويكون الحكم الصادر علية بالعقوبة كأن لم يكن.

د- إذا لم يتم الشفاء أو خالف المودع الواجبات المفروضة علية رفعت اللجنة المختصة الأمر إلى المحكمة عن طريق النيابة العامة بطلب الحكم بإلغاء وقف تنفيذ العقوبة وذلك لاستيفاء قيمة الغرامة وتنفيذ العقوبة ولكن بعد أن تستنزل منها مدة الإيداع التي قضاها في المصحة.

هـ- تشجيعا للمدمنين على العلاج فلا مسئولية عليهم إذا ما تقدموا من تلقاء أنفسهم إلى المصحات.. ومن أجل إدخال الطمأنينة في قلوبهم فقد حرص القانون على سرية البيانات التي تصل إلى علم القائمين على العلاج ومعاقبة من يخالف ذلك منهم.

(القانون رقم 122لسنة 1989 المعدل لأحكام القانون رقم 182 لسنة 1960 بشأن مكافحة المخدرات)

**تحديـــــــد بعـــــــض المفاهيـــــم :**

تضم تصنيفات الأمراض النفسية وصفا لمجموعات مختلفة من الاضطرابات النفسية ، وتشهد هذه التصنيفات تعديلات متكررة ومراجعة مستمرة كل عدة سنوات خصوصا فيما يتعلق بالمسميات أو وصف الأمراض المختلفة ، وأخر التصنيفات العالمية الحالية التقسيم العالمي للأمراض الطبعة العاشرة International classification of Diseases (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية في عام 1992 ، والتصنيف الأمريكي للاضطرابات النفسية في مراجعته الخامسة Diagnostic and Statistical Manual (DSM-V) الذي أصدرته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية American Psychiatric Association APA في عام 2011 ، وتحتوى هذه التصنيفات الحديثة على مسميات الأمراض النفسية ووصف لمظاهرها وعلامات تشخيصها.

**جريمة السرقة**

كانت ولا تزال الجريمة بأنواعها من الظواهر المرتبطة بتاريخ الإنسان علي مر العصور .. ولا يكاد يخلو مجتمع في العالم من نوع أو آخر من الجرائم .. والسرقة هي إحدى الجرائم الشائعة . ومثال علي الحوادث اليومية للخروج علي القانون ، التي تحدث باستمرار ، وتمثل أحد الهموم التي يعاني منها الناس .. وتزدحم بأخبارها صفحات الحوادث في الصحف .. وهنا نتناول الجوانب النفسية في ظاهرة السرقة.. ونحاول التعرف علي اللصوص وخصائصهم حني يمكننا التوصل إلي الدوافع التي تجعلهم يسرقون .. وهل من حل لهذه المشكلة !؟

ولعل موضوع جرائم السرقة والتفسير النفسي لها من المسائل التي يتوقف أمامها الكثير منا في محاولة لفهم حقيقة ما يحدث والدوافع والأسباب التي تجعل شخصاً ما يرتكب سلوك السرقة أو يجعل منها حرفة يكسب منها كبديل للعمل المشروع ، وكثيرا ما يتساءل الناس هل كل من يقوم بهذه الأفعال مضطربون نفسياً؟ أم أنهم يرتكبون جرائمهم تحت تأثير ظروف خارجية تدفعهم إلي ذلك ؟

**دوافع .. وأسباب :**

ليست الأسباب والدافع وراء جرائم السرقة واحدة في كل الحالات لكنها كثيرة ومتنوعة وتؤدى في النهاية إلي هذا السلوك غير السوي الذي يقوم فيه الشخص بالاستيلاء علي أموال وممتلكات الآخرين التي لا حق له فيها ، ويشترك الذين يرتكبون السرقة في قاسم مشترك هو وجود نزعة عدوانية قد تخفي رغبة في الانتقام من المجتمع ، أو حقداً دفيناً علي الآخرين ، وهنا يبرر السارق لنفسه الاستيلاء علي ما يملكه الآخرون .

ويرتكب البعض السرقة وهم من غير معتادى الإجرام نتيجة لتعرضهم لظروف قاسية مثل الفشل في تحقيق بعض طموحاتهم ، أو حين يتردى وضعهم الاقتصادي والاجتماعي ويتدني دخلهم ، وبعضهم يفشل في إيجاد اى عمل فلا يكون له اختيارات غير الاتجاه للسرقة للحصول علي متطلبات الحياة ، وقد يقلع بعض هؤلاء بعد تحسن ظروفهم المادية غير أن نسبة منهم يستمرون في احتراف السرقة لأنهم يجدونها الطريق الأسهل في الحصول علي المال .

**الشخصية ... الانحراف .. الإدمان**

من وجهة النظر النفسية فإن معظم الذين يرتكبون السرقات ويستمرون في ذلك هم من الشخصيات المنحرفة التي يطلق عليها المضادة للمجتمع أو" السيكوباتية " وعادة ما يكون الذين يقومون بالتخطيط لعمليات السطو الكبيرة والذين يتزعمون عصابات منظمة للسرقة من الشخصيات السيكوباتية التي تتمتع بذكاء

وقدرة علي السيطرة علي مجموعة من الأفراد يخضعون لهم وينفذون أوامرهم، أما الأفراد الذين يقومون بالتنفيذ فقط ولا يخططون لجرائم السرقة المعقدة فإنهم نوع أخر من الشخصية المضادة للمجتمع من محدودي الذكاء يطلق عليه النوع السلبي العدواني الذي يمكن السيطرة عليه وتوجيهه ، ويشترك هؤلاء في أنهم لا يشعرون بأي تأنيب من ضمائرهم حين يقترفون أعمالا خارجة عن القانون أو الأعراف الاجتماعية ، وكثير منهم لديه مشكلات في العمل ، واضطراب في علاقات الأسرة والزواج ، ومشكلات مالية ، وتاريخ سابق للاحتكاك بالقوانين نتيجة لإعمال إجرامية مشابهة .

والعلاقة بين السرقة وإدمان المخدرات والكحوليات وثيقة حيث يقوم المدمنون بالسرقة للحصول علي المال اللازم لشراء المادة المخدرة التي يتعاطاها ، وكذلك فإن الشخص تحت تأثير المخدرات والكحول يمكن أن يقدم علي ارتكاب الجرائم ومنها السرقة بجرأة أكبر دون تقدير للنتائج .

**جذور المشكلة .. الجنوح في الطفولة**

إذا تتبعنا التاريخ السابق لبعض اللصوص الذين يحترفون السرقة منذ الطفولة نجد أن التنشئة في الأسرة لم تكن سليمة تماماً-البداية،فغالبية الذين يحترفون السرقة كانوا منذ طفولتهم يعانون من غياب القدوة السليمة،ونشأتهم كانت في بيئة لا تلتزم بالقيم الأخلاقية،

وقد ثبت علميا أن حوالي ثلث الأطفال الذين يرتكبون السرقات الصغيرة في الطفولة وأيام الدراسة يتحولون إلي"حرامية"كبار فيما بعد...كما ثبت أن حوالي80% من محترفي السرقة قد بدئوا أولي خطواتهم في هذا الاتجاه بسرقات صغيرة وهم في مرحلة الطفولة !!

وتكون الفرصة أكبر للجنوح في الأطفال عند البلوغ في مرحلة المراهقة وقد ينتظم بعض منهم في عصابات تقوم بانحرافات وأعمال خارجة علي القوانين منها السرقة والجرائم الأخرى . وتزيد احتمالات حدوث ذلك في القطاعات التي تعيش ظروفاً اقتصادية واجتماعية متدنية ، وعند حدوث انهيار في الأسرة نتيجة لانفصال الوالدين ، ويحتاج هؤلاء الأحداث الجانحون إلي أسلوب يخلط بين الحسم والرعاية حني لا يتحول غالبيتهم إلي مجرمين محترفين فيما بعد .

**سرقات مرضية غريبة**

قد يتفهم اى منا حدوث السرقة من " حرامي " محترف يعيش علي ما يسرق من أموال ... أو حين يقوم شخص تحت ضغط الحاجة بسرقة بعض الأشياء للإنفاق علي متطلباته بعد أن ضاقت به السبل لكن اى منا قد يقف في حيرة أمام بعض جرائم السرقة التي يقوم بها شخص ميسور الحال أو هو من الأغنياء فعلاًولا يحتاج إلي ما يسرق .. علاوة علي ذلك فإن ما يقوم بسرقته شئ تافه للغاية   ولا يساوى شيئا ... تلك هي حالة السرقة المرضية Cleptomania ..

والمثال علي هذه الحالة الغريبة السيدة المليونيرة التي تدخل احد المحلات الراقية فتسرق منديلاً رخيص الثمن رغم أنها تملك من النقود ما تستطيع أن تشترى به كل محتويات المحل !

وفي حالة السرقة المرضية لا يستطيع المريض مقاومة إغراء السرقة وغالبية من يقوم بذلك هم من السيدات ، ويكون السبب وراء هذه الحالة الغريبة عقد نفسية في صورة معاناة عاطفية وضغوط لم يتم التنفيس مخطط لها سلفا ، ولا يشترك فيها غير من يقوم بها ويكون الهدف فيها هو السرقة في حد ذاتها وليس قيمة الشئ الذي يتم الاستيلاء عليه ، وقد يعقب ذلك بعض تأنيب الضمير والقلق ، ويتم علاج هذه الحالة علي أنها احد الأمراض النفسية .

**مشكلة السرقة .. هل من حل ؟!**

يتطلب الأمر وضع حل لانتشار جرائم السرقة لمنع أثارها السلبية حيث يؤدى إلي افتقاد الشعور بالأمن نتيجة للقلق المرتبط باحتمال فقد الممتلكات .

الحل من وجهة نظر الطب النفسي في التعامل مع ظاهرة السرقة هو الاهتمام بالوقاية قبل العقاب ، ويتم ذلك بإعلاء قيم الأمانة وغرس ذلك في نفوس الأجيال الجديدة ، كما أن خلق النموذج الجيد والقدوة الطيبة له أهمية في دعم الصفات الايجابية في نفوس الصغار ،

ويقابل ذلك التقليل من شأن الذين يقومون بارتكاب المخالفات حني لا يرتبط السلوك المنحرف في أذهان النشء بالبطولة والمغامرة بما قد يغريهم علي التقليد .

ويجب أن يتم احتواء الذين يقدمون لأول مرة تحت تأثير إغراء شئ ما علي سلوك السرقة ، ويتم ذلك بمحاولة تصحيح المفاهيم لديهم بالطرق التربوية حتى لا يتحولوا إلي محترفين للسرقة فيما بعد ، وتفيد سياسة " الجزرة والعصا " ومعناه المكافأة علي السلوك السوي ، والعقاب الحازم عند الخروج علي القانون ، ومن شأن توقع العقاب أن يحد من الاتجاهات غير السوية نحو الانحراف ... ويبقي بعد ذلك أهمية الوازع الديني والأخلاقي في ضبط السلوك ..وحل مشكلات الإنسان صفة عامة ..

**وصمة المرض النفسي**




لعل الأمراض النفسية من أكثر الموضوعات التي يحيط بها الغموض الذي يدفع الناس إلي تبني أفكار وتصورات غير واقعية حولها ، ومعتقدات غريبة عن أسباب المرض النفسي ، الذي يتعارف العامة علي وصفه بحالة " الجنون " وعن المرضي النفسيين الذين يطلق الناس عليهم وصف " المجانين "

وتمتد المفاهيم الخاطئة لتشمل تخصص الطب النفسي بصفة عامة ، والذي أصبح اليوم رغم كل التطورات الحديثة في أساليب العلاج موضع نظرة سلبية من جانب مختلف فئات المجتمع .. ولعل ذلك هو ما دفعني إلي تناول هذه القضية الهامة ليس دفاعا عن الطب النفسي بل من أجل تصحيح بعض المفاهيم السائدة بعرض بعض الحقائق والآراء حني يتبين الجانب الآخر من الصورة .

**الجنون والمجانين**

بداية فإنني - بحكم عملي في مجال الطب النفسي - أؤكد أنه لا يوجد مرض نفسي أو عقلي اسمــه " الجنون " بل إن هذا اللفظ لا يعني بالنسبة لنا في ممارسة الطب النفسي اى مدلول ولا يعبر عن وصف لحالة مرضية معينة ، غير أننالا نستطيع انكار حقيقة هذا الوصف المتداول بصورة واسعة الانتشار بين الناس من مختلف الفئات لوصف المرضي النفسيين ( حيث يطلق عليهم المجانين ) وأحيانا يمتد هذا الوصف ليشمل كل ماله علاقة بالطب النفسي ، فكل من يتردد علي المستشفيات والعيادات النفسية هو في الغالب في نظر الناس جنون ، وانطلاقا من ذلك فإن المستشفي هي مكان للمجانين والأطباء النفسيين أيضا هم " دكاترة المجانين "!



ولا يخفي علي احد أن استخدام هذه المصطلحات له وقع سيئ للغاية ، فوصف اى شخص بالجنون لاشك هو وصمة أليمة تلصق به ، وتسبب له معاناة تضاف إلي مشكلته الأصلية التي تسببت في اضطراب حالته النفسية ، فكأن المصائب لا تأتي فرادى بالنسبة لمرضي النفس الذين هم في أشد الحاجة إلي من يتفهم معاناتهم ويحرص علي عدم إيذاء مشاعرهم المرهفة ، فقد يتسبب المحيطون بالمريض النفسي من أهله وأصدقائه ومعارفه في إضافة المزيد من الآلام النفسية إلي ما يعاني منه من اضطراب نفسي حين يقومون ولو بحسن نية باستخدام بعض المفردات التي يفهم المريض منها انه قد أصبح اقل شأنا من المحيطين به ، ولنا أن نعلم أن معظم مرضي النفس يتميزون بحساسية مفرطة تجاه نظرة الآخرين لهم وهذا جزء من مشكلتهم النفسية ، فكأننا حين نؤذى مشاعرهم المرهفة بالإشارة أو حني التلميح كمن يلهب بالسوط ظهر جواد هو متعب ومنهك أصلا !

وحين نبحث عن المعني اللغوي لكلمة " الجنون " بدافع الرغبة في معرفة أصلها نجد أن الأصل هو كلمة "جَنَّ " وتعني اختفي ، ومنها جن الليل اى اخفت ظلمته الأشياء ، ومنها أيضا " الجنة " التي تعني الحديقة أو الشجر الكثير الذي يخفي ما بداخلة ، أما صلة هذا الاشتقاق بالعقل فإن العقل إذا جن فإنه قد استتر واختفي ، فالشخص إذن " مجنون " ويقال أيضا إن الجن وهم المخلوقات التي تقابل الإنس تأتي تسميتهم تعبيرا عن اختفائهم عن الإبصار .. وأرى أن اكتفي بذلك لأن ما قرأت من اشتقاقات وتفسيرات مختلفة لا يكفيه كتاب كامل ، لكن عموما فإن ما يمكن أن نستنتجه من ذلك هو العلاقة غير المباشرة بين تعبير الجنون ووصف المرض النفسي والتي لا تتميز بالدقة حني من الناحية اللغوية ناهيك عن الناحية النفسية حيث لا يعني الجنون اى مدلول علمي أو وصف لمرض نفسي محدد كما ذكرنا .

وبالإضافة إلي ذلك فإن لنا أن نعلم أن الأمراض النفسية ( التي يطلق عليها جوازاً الجنون ) تضم مجموعات كثيرة من الحالات المرضية تتفاوت في شدتها وأسبابها وطرق علاجها ، ويكفي أن نعلم أن هناك ما لا يقل عن 100 مرض نفسي وعقلي معروف للأطباء النفسيين ، وتضمها مراجع الطب النفسي يوصف كامل لكل منها ، وهنا نتساءل اى هذه الحالات هو ما يصفه الناس بمرض الجنون !

إننا نتطلع إلي ذلك اليوم الذي يتراجع فيه استخدام هذا اللفظ الأليم علي المشاعر .

الحاجز النفسي

لا احد ينكر أن اى شخص منا مهما كانت درجة تعليمه أو مكانته أو موقعه علي السلم الاجتماعي يمكن أن ينتابه في وقت من الأوقات ونتيجة لأي ظرف خاص بعض الاضطراب الذي يؤثر في حالته النفسية ومزاجه ويتأثر تبعاً لذلك أداؤه لعمله ونمط حياته بطريقة أو بأخرى ، إن ذلك علامة علي الاضطراب النفسي الذي يمكن أن يصيب اى شخص مهما كانت قوة احتماله ، لكن الناس يتفاوتون فيما بينهم في تفاعلهم مع الاضطراب النفسي ومع ضغوط الحياة تبعا لتكوينهم النفسي وطبيعة شخصيتهم ، ما نريد تأكيده هنا هو أن المريض النفسي ليس شخصا مختلفا عنا بل هو آي واحد من تعرض لظرف يفوق طاقة الاحتمال المعتادة أو لأنه بحكم تكوينه شخص مرهف الحس لم يستطع احتمال ضغوط الحياة فظهرت عليه علامات الاضطراب النفسي ، وفي كل هذه الحالات فإن الأمر لا يتطلب هذه النظرة السلبية من المحيطين به بل يجب مساندته حني تمر هذه الأزمة بسلام دون خسائر كبيرة من جراء الاضطراب النفسي .

لكن الواقع غير ذلك ، فهناك حاجز نفسي قائم بين الناس في المجتمع بصفة عامة وبين مرضي النفس بل يمتد ليشمل كل ما يتعلق بهم من العيادات والمستشفيات النفسية ، وحتي الأطباء النفسيين ،

وكل ما يتعلق بالطب النفسي بصفة عامة ، ويسهم هذا الحاجز النفسي في إيجاد اتجاه سلبي نحو الطب النفسي يسبب عزوف الناس وترددهم في التعامل مع الجهات التي تقدم الخدمات النفسية، ويمكن لنا ملاحظة ذلك بوضوح من خلال عملنا بالطب النفسي حيث يحاول المريض وأهله الابتعاد عن العيادات والمستشفيات والمعالجين الشعبيين حني تتفاقم الحالة ولا يصبح هناك لبد من استشارة الطبيب النفسي فعند ذلك فقط يحضرون رغماً إلي العيادات النفسية .

والغريب أن الحاجز النفسي الذي تحدثنا عنه بين الناس والطب النفسي لا يقتصر وجوده علي عامة الناس بل يمتد أيضا ليشمل فئات يفترض أن تكون أكثر فهما لدور الطب النفسي في علاج الأمراض النفسية بالطرق الحديثة ، فقد أثبتت دراسات علي طلبة كليات الطب أنهم لا يفضلون التخصص في هذا المجال بل وينظرون إليه علي انه اقل شأناً من تخصصات الطب الأخرى كالجراحة والطب الباطني وطب الأطفال ، ليس ذلك فحسب بل إن الأطباء من تخصصات الطب المختلفة كثيراً ما يكون لديهم فكرة خاطئة وغير دقيقة عن مجال الطب النفسي مما يدفعهم إلي عدم التعاون مع الأطباء النفسيين وعدم فهم أساليب تشخيص وعلاج المرضي النفسيين

بل إن بعض الأطباء من تخصصات الطب الأخرى كثيراً ما يتجنبون التعامل مع آي مريض نفسي حيث يعتقد البعض منهم أن مرضي النفس هم مصدر خطر محقق علي كل من يقترب منهم ، وهذه النظرة تفتقد إلي الموضوعية بدليل أننا كأطباء نفسيين نتعامل مع كل حالات الاضطرابات النفسية والعقلية بسلاسة بالغة في كل الحالات .

**وصمة .. أسمها المرض النفسي**

كثيراً ما يعبر المرضي النفسيون عن عدم ارتياحهم لمجرد زيارة الطبيب النفسي ، وينسحب ذلك علي المرضي الذين تضطرهم حالتهم المرضية لزيارة العيادات الخاصة أو مستشفيات الطب النفسي ، إننا نلمس قلق المريض حين نجده يخشي أن يراه احد معارفه او أقاربه أو جيرانه وهو في هذا المكان ، أن معني ذلك أن وصمة المرض العقلي أو " الجنون " سوف تلحق به ويصعب عليه فيما بعد مهما فعل أن يصحح المفهوم الذي تكون لدى الناس عنه ، ويزيد الأمر تعقيدا إذا كانت المريضة فتاة فمعني ذلك أن هذه الوصمة سوف تهدد مستقبلها ، فمن من الشباب سيقدم علي الزواج منها حين يعلم أنها ترددت أو قامت بزيارة الطبيب النفس ولو لمرة واحدة !




ولا شك أن مفهوم الوصمة ليس حكرا علي مجتمع بعينه أو أنها مشكلة محلية بل إن الارتباط بين الطب النفسي وهذا المفهوم السلبي موجود حتى في المجتمعات الغربية المتقدمة ولو بدرجة أقل ، إنني أتفهم تماما ما يطلبه بعض المرضي حين يطلبون الاستشارة في موضوع نفسي لكنهم يصرون علي عدم وضع أسمائهم في اى سجل رسمي أو فتح ملف لهم ويعتبرون ذلك مشكلة هائلة قد تهدد حياتهم فيما بعد .

والطريف أن بعض المواقف المتناقضة تحدث للطبيب النفسي حين يلتقي مع مريض له مصادفة في الشارع أو السوق أو في مكان عام ، ومن خلال ملاحظتي الشخصية فإن المرضي قد يتصرفون بإحدى طريقتين ، فمنهم من لدية شجاعة ليقوم بتحية وقد يسلم عليه بحرارة وهذا يتطلب شجاعة كبيرة من جانب المريض لأنه بذلك يعلم تماماً حين يلتقي به في آي مكان بل قد يشيح بوجهه وكأنما يريد أن يطرد عنه شبحاً مخيفاً يذكره بحالة المرض التي تعتبر اشد حالات الضعف الإنساني ، إن هذه المواقف هي من خصوصيات الطب النفسي ولا تنطبق علي الأطباء من آي تخصص آخر !

**المعتقدات الخاطئة:**

نعم هناك الكثير من المعتقدات الخاطئة تحيط بالطب النفسي ، والمرضي العقليين ، والأمراض النفسية بصفة عامة ، وهذه المعتقدات قد تصل أحياناً إلي مستوى الخرافة لكنها تجد من يصدقها ، فهل تصدق - عزيزي القارئ - أن هناك من يعتقد بأن الأمراض العقلية تنتقل من شخص إلي آخر عن طريق العدوى مثل الأنفلونزا ! بل إنهم يبالغون في ذلك فيؤكدون أن الابتعاد عن المجانين احتياط

ضروري لمنع انتقال المرض ، لقد أثار ذلك اهتمامي بصفة خاصة لأن بعض الناس وجه إلي في بعض المناسبات سؤالا طريفاً لا اعلم أن كان علي سبيل المزاح أم أنها فكرة جادة ، لقد سئلت ما إذا كان الطبيب النفسي يتأثر بعد حين فتنتقل إليه بعض الصفات من مرضاه بحكم طول المخالطة ؟ لقد أضحكني هذا التساؤل لكنني لاحظت أن محدثي ينظر إلي بتركيز شديد ، لقد كانت نظراته ذات مغزى فقد كان يبحث عن إجابة لسؤاله !!

أما المعتقدات الوهمية حول المرضي النفسيين فهي كثيرة ومتنوعة ، ولعل الغموض الذي يحيط ببعض الموضوعات والظواهر النفسية هو الدافع إلي نسج الخيال حول أسباب المرض النفسي والقوى الخفية التي يمكن أن تكون وراءه ، فمن قائل بأن مس الجن أو دخول الشياطين إلي جسد الإنسان هو الذي يصيبه بالخلل العقلي ويؤثر في اتزانه فيقلب كل موازينه رأسا علي عقب ،

وكثيرا ما يخبرنا المرضي وأهلهم عن واقعة ما بدأت بعدها علامات المرض النفسي في الظهور مثل السقوط في مكان مظلم أو الفزع من موقف محدد ، أو مشاهدة كلب أسود !

وكثيرا ما يرجع المريض وأهله كل ما أصابه إلي عين الحسود بل قد يحدد مصدر هذه العين وصاحبها ويظل أسيرا لهذه الفكرة فلا يستجيب لأي علاج أو يسيطر علي الشخص أنه ضحية لعمل من السحر ولن يشفي من مرضه النفسي حني يتم فك هذا العمل بواسطة مختصين وليس عن طريق الطب النفسي ، إن علينا كأطباء نفسيين أن نستمع إلي كل ذلك وأن نحاول تصحيح المفاهيم والمعتقدات بالإقناع وبأسلوب هادئ .

المرض النفسي ليس عيباً

يجب أن تتغير نظرة الناس بصفة عامة إلي الطب النفسي ، وان يتبني الجميع مفاهيم واتجاهات ايجابية نحو المرضي النفسيين ، والمستشفيات ومراكز العلاج النفسي ، والطب النفسي بصفة عامة ، إن ذلك يمكن أن يتحقق حين تتوفر الحقائق والمعلومات الصحيحة حول الموضوعات النفسية لتحل محل المعتقدات السائدة حالياً ، وهذا هو دور الإعلام والجهود التي يمكن أن تبذل للتوعية النفسية الجيدة ،

فالمريض النفسي هو شخص طبيعي لا يختلف عني وعنك عزيزي القارئ سوى في المعاناة التي تسببت في اضطراب حياته وعوامل لا دخل له بها ، وعلي الجميع مساندته حني يتمكن من تجاوز هذه الأزمة ، ومن الممكن أن يعود ليؤدى دوره في الحياة كاملاً نحو أسرته ونحو عمله ونحو المجتمع .

وعلينا جميعاً أن لا تتخلي عن مرضي النفس فإن قبولهم ومساعدتهم تشكل حجر الزاوية في عملية العلاج التي يشترك فيها الطبيب مع أسرة المريض وأصدقائه والمجتمع ، والمبدأ الذي يتبناه الطبيب النفسي هو مساعدة المريض حني لو لم نوافق علي ما يفعله إذا كان مدمنا أو منحرفا أو خارجا علي التقاليد ، فننصره ظالما أو مظلوما حني يتم علاجه ويعود إلي الحياة بدلا من الاستمرار في الاضطراب الذي يؤدى إلي الإعاقة الكاملة .

أما مسألة الوصمة فإنها قد تحتاج إلي مزيد من الوقت والجهد حني يتم حلها ، لكن احد الأساليب البسيطة هي إدماج عيادات الخدمة النفسية في المستشفيات العامة حني لا يجد المرضي حرجاً في التردد عليها ، كما أن الأطباء النفسيين ، يتعين عليهم الخروج إلي المجتمع والتواصل مع كل من يحتاج إلي خدماتهم في أماكنهم ، ويمثل ذلك الاتجاه الحديث في ممارسة الطب النفسي في المجتمع .

**تعريفات ومفاهيم**

هناك بعض التعريفات والمفاهيم التي نرى أهمية الإشارة إليها في هذا الفصل حتى يتم تحديدها من البداية قبل أن يدور حولها البحث في الفصول التالية ، وقد لا تتطابق التعريفات والمفاهيم التي تمثل وجهة النظر النفسية حسب مراجع الطب النفسي مع الرؤية القانونية أو منظور الفقه الإسلامي في بعض الحالات ، وهنا نذكر بعض الأمثلة لذلك :

- المرض العقلي Mental illness

هو حالة اضطرابات في الوظائف العقلية تؤثر في التفكير والسلوك والوجدان ، وقد توصف الأمراض العقلية بالاضطراب النفسي Psychiatric disorder للتعبير عن نفس الحالات التي تم ذكر نماذج منها في تقسيم الأمراض النفسية.

ومن وجهة النظر القانونية فإن الاضطراب العقلي يتم تحديده على أساس تأثيره على العقل والتمييز والملكات الضابطة في النفس التي تتعلق مباشرة بالسلوك والمسئولية القانونية .

- الجنون :

لا يوجد في الطب النفسي دلالة لتعبير الجنون Insanity or madness ولا يطلق هذا الوصف على اى تشخيص لأي من الاضطرابات التي تضمها التصنيفات الحالية للأمراض النفسية ، غير أن هذا التعبير له مدلول في الاستخدام القانوني ، وفى الإحكام الشرعية كما سيتم توضيحه فيما بعد .

-الاضطرابات الذهانية أو الذهان Psychosis :

قد تكون الوصف المستخدم في الطب النفسي لحالة الجنون وذلك دون وجود تطابق تام بين المفهوم المقابل لكلا المصطلحين من وجهة نظر الأطباء النفسيين ، ورجال القانون ، ومنظور الفقه الإسلامي.

وقد يتم استخدام تعبير المرض النفسي لحالات العصاب Neurosis ، وهى الاضطرابات النفسية الخفيفة ، وتعبير المرض العقلي لحالات الذهان Psychosis ، وهي الأشد في أعراضها وتأثيرها على الوظائف العقلية والسلوك .

**- الإعاقة العقلية أو النفسية :**

وصف يستخدم للتعبير عن مدى تأثير المرض النفسي على الوظائف والقدرات العقلية حيث تسبب العجز جزئيا أو كلياً لما يقوم به الشخص العادي من ضروريات الحياة الطبيعية نتيجة لقصور القدرات العقلية والنفسية .

-الأهلية أو الكفاءة العقلية Mental competence :

وتعنى القدرة أو السعة الكامنة للوظائف العقلية للشخص الذي يستخدمها في اتخاذ قراراته وفهمها ، وهذا المفهوم قانوني بحت ، ولا يعتبر من المفاهيم الطبية أو النفسية ، فالأهلية هي سلامة العقل اللازمة لأداء أعمال قانونية محددة ، وتنقسم إلى الأهلية المدنية ، والأهلية الجنائية، ويتم تحديدها بمعرفة القضاء .

وبعد إلقاء هذه النظرة العامة وعرض بعض الدراسات حول حجم مشكلة الأمراض النفسية ، ومدى انتشارها في أنحاء العالم من خلال الأرقام، ثم عرض طبيعة الأمراض النفسية، وما يحيط بها من معتقدات ، والوصمة التي تنشأ عنها، والاتجاهات العامة السلبية نحوها، والأعباء التي تسببها الإصابة بالمرض النفسي، ثم عرض أنواع الأمراض النفسية من خلال التصنيفات التي وردت في مراجع الطب النفسي ، وتحديد تعريف المصطلحات والمفاهيم فإن الفصول التالية تتضمن البحث في حقوق المرضى النفسيين ، والجوانب القانونية ، ثم المنظور الإسلامي والأحكام الشرعية المتعلقة بموضوع هذه الدراسة .

# الفصل الثاني

## حقوق المريض النفسي

تزايد الاهتمام بمسألة حقوق المريض النفسي مؤخرا فأصبحت ضمن الأولويات،من مظاهر هذا الاهتمام ما جاء بإعلان الأمم المتحدة الذي صدر عن الجمعية العامة للأمم المتحدة في 17 ديسمبر 1991 ، والذي تضمن تحديدا لمستوى الحد الأدنى من الرعاية ، والحماية للمرضى العقليين كأسلوب لتحسين الصحة النفسية ، وما جاء في وثيقة الاتحاد العالمي للصحة النفسية عند تكوينه في عام 1948 تحت عنوان"الصحة النفسية للإنسان في كل مكان" ، وصدور وثيقة الأقصر لحقوق المرضى النفسيين في يناير 1989 متضمنة بنود إعلان حقوق المرضى النفسيين الأساسية في الوقاية والعلاج والرعاية ، والتأكيد على مستوى مناسب من العلاج للمرضى النفسيين دون تفرقة ، وبأقل قدر من التدخل للحد من حريتهم ، واستمرار رعايتهم في المجتمع ، ووضع برامج وقائية للفئات الأكثر تعرضا للمرض النفسي.

وكان من مظاهر الاهتمام بحقوق المرضى النفسيين أيضا وضع إستراتيجية منظمة الصحة العالمية تحت هدف الصحة للجميع بحلول عام ألفين بعد ملتقى دولي عقد في ألمانيا عام 1978 ، وعقب ذلك تم وضع برنامج الصحة النفسية ضمن الرعاية الصحية الأولية ، وكان هناك اهتمام خاص بتشريعات الصحة النفسية لتوفير الدعم القانوني لحصول المرضى النفسيين على حقوقهم مع مراعاة حقوق الأسرة والمجتمع أيضا.

وقد كانت هناك ملاحظة حول الموقف بالنسبة للتشريعات والقوانين التي تحكم المسائل المتعلقة بالمرضى النفسيين في دول العالم العربي الإسلامي ، وهى كما تذكر وثائق منظمة الصحة العالمية - مشكلة يشترك فيها معظم هذه البلدان - حيث لا يوجد تشريع يهتم بهذه المسائل أصلا أو توجد تشريعات قديمة لا تواكب التطور ، ولا تتناسب مع الأوضاع الراهنة والمشكلات العملية ، وهناك فجوة كبيرة بين هذه التشريعات وبين الواقع العملي ، والتقاليد المقبولة لدى الناس من ناحية ومن جانب أخر فإنها لا تساير التطور العلمي في مجال الطب النفسي.

## نبذة تاريخية:

تشير الدلائل إلى أن حقوق المرضى النفسيين كانت موضع اهتمام بدرجات متفاوتة منذ القدم ، فحين نتتبع في لمحة تاريخية بداية الاهتمام بحقوق المريض النفسي نجد أن قدماء المصريين قد سجلوا على أوراق البردي ما يؤكد احترام هؤلاء المرضى وحقهم في العلاج والمعاملة الكريمة والقواعد التي تحتم مساعدتهم وعدم التعدي عليهم ، وقد أكد "أبقراط"Hippocrates الذي لقب بأبي الطب أن الأمراض النفسية والعصبية لا تختلف عن الأمراض العضوية بعد أن كان يعتقد أن لها قدسية خاصة ويحيط بها الغموض مثل مرض الصرع ،

وجاء الإسلام بتعاليمه ليعيد إلى هؤلاء المرضى كرامتهم ويضع الأسس التي تنظم الحياة ويمنع المساس بحقوق الإنسان في حالة الصحة والمرض ، وفى الوقت الذي كان مرضى النفس يعاملون بقسوة في أوربا ويتعرضون للضرب والحرق والتعذيب في القرون الوسطى اعتقادا بأن الأرواح الشريرة تلبس أجسادهم تم بناء أول مستشفى لعلاج المرض العقلي في بغداد عام 705 م . وأدخلت المستشفيات والمصحات النفسية مع الفتح العربي للأندلس فكانت بداية لدخول العلاج بالطرق الإنسانية المتطورة إلى أوربا .

وكان السبق لمصر قبل ما يقرب من 600 سنة بإنشاء "بيمارستان" أو مستشفى قلاوون بالقاهرة الذي ضم قسماً لعلاج الأمراض العقلية بجانب أقسام الجراحة والطب الباطني وأمراض العيون ، وجاء العصر الحديث ليشهد تطورا هائلا في أساليب العلاج ، وبدأ استخدام الأدوية الحديثة التي غيرت الكثير من أوضاع المرضى النفسيين حيث تزايدت فرص الشفاء من المرض النفسي في العصر الحالي أكثر من أي وقت مضى ، وقد شهدت بلدان العالم عموما ومنطقة الشرق الأوسط التي تضم الدول العربية والإسلامية تحسنا حقيقيا في النواحي الصحية بصفة عامة والصحة النفسية كما تذكر تقارير منظمة الصحة العالمية وفي إقليم شرق البحر المتوسط بمنظمة الصحة العالمية -

ويمتد من المغرب غربا حتى باكستان شرقا - تم وضع توصيات خاصة لتشريعات الصحة النفسية والقوانين التي تكفل حماية المرضى النفسيين ، ومنذ ذلك الحين تمت الموافقة على قوانين للصحة النفسية في بعض البلدان ، وتحاول بلدان أخرى إعادة صياغة تشريعات مناسبة بينما تعتمد دول أخرى على التشريعات القديمة ، أو لا توجد بها تشريعات مستقلة خاصة بالصحة النفسية ، ولا يزال الموقف القانونى بالنسبة لحقوق المرضى النفسيين على هذا الوضع لكن الحاجة تظل قائمة إلى قوانين مستمدة من الشريعة الإسلامية لمعالجة القضايا المتصلة بحقوق المرضى النفسيين.

## الحق في العلاج

يعتبر الحق في العلاج Right to treatment في مقدمة حقوق المرضى النفسيين،وإذا كان حق العلاج يشمل بصورة عامة جميع المرضى الذين يتجهون للرعاية الصحية بما فيها من فحص وتشخيص وعلاج بالعقاقير أو إجراء العمليات الجراحية فإن المرضى النفسيين من حقهم الحصول على الرعاية المناسبة،خصوصا إن نسبة كبيرة منهم لا يطلبون العلاج ، وتتطلب حالتهم وجود ترتيبات خاصة التعرف عليهم والوصول إليهم عن طريق أوصياء من أقاربهم ، أو أنظمة لنقلهم إلى أماكن العلاج ، وتقديم المساعدة إليهم ومتابعة حالتهم.

وشهد التطور في علاج المرضى النفسيين مراحل متعددة منها العلاج بالوسائل غير الطبية وتعرض المرضى خلال ذلك للكثير من القسوة والمعاناة في العصور السابقة،أو العلاج عن طريق الشعوذة والسحر ، أو باستخدام وسائل بدائية ، حتى تم اكتشاف الأدوية النفسية والتي بدأ استخدامها في عقد الخمسينيات ، وكان أولها دواء كلوربرومازين Cholorpromazine الذي يعتبر العقار المهدئ الأساسي ، وتبعه ظهور أجيال أخرى متتالية من الادوية النفسية التي استخدمت كبديل لتقييد حركة المريض فيما كان يعرف بالقيد الميكانيكي Mechanical restraint، غير أن هذه الأدوية استخدمت لتحويل هذه القيود إلى تكبيل كيميائي Chemical restraint بهدف السيطرة على حركة المريض ليظل مقيد الحرية دون أن يتم علاجه أو شفائه من المرض بصورة حاسمة وإن كان الشكل العام يبدو أفضل من الوضع السابق الذي تضمن استخدام العنف والقيود والعزل ضد المرضى النفسيين بما يحفظ للمرضى الذين يعانون من نوبات المرض الشديدة بعضا من كرامتهم .

- وقد أدى التطور الحديث في أساليب العلاج واستحداث أنواع جديدة من الادوية النفسية التي لا تسبب الأعراض الجانبية المزعجة للأدوية النفسية التقليدية إلى نظرة جديدة للهدف من العلاج هي التفكير بتحسين مواصفات الحياة Quality of life للمرضى النفسيين ،

وليس فقط السيطرة على حركة المريضأو تهدئته ، وقد تحقق بذلك إضافة هامة إلى حق المرضى النفسيين في العلاج بوسائل أفضل بهدف جديد بما يختلف عن الوضع السابق .

وللمرضى النفسيين الحق في مستوى مقبول من العلاج ، والاستفادة من الخدمات النفسية الحديثة والوسائل الجديدة التي توصل إليها الطب النفسي من واقع الأبحاث التي أدت إلى اكتشاف الكثير من الحقائق حول كيمياء المخ والجهاز العصبي ، وإزالة الغموض عن الكثير من أسباب الأمراض النفسية التي ظلت غير معروفة لوقت طويل ، أو الاستفادة من ذلك في التوصل إلى وسائل علاجية حديثة، وإن كان الواقع العملي يؤكد أن القصور في انتشار الخدمات النفسية الحديثة والتكلفة المادية العالية للأدوية النفسية الجديدة تحول دون الاستفادة بمستويات عالية الجودة من العلاج لكل فئات المجتمع في كل البلدان ، ويمثل ذلك لونا من التفرقة في مستويات العلاج يحول دون حصول القاعدة العريضة من المرضى النفسيين على حقوقهم في العلاج النفسي الحديث

## العلاج الإلزامي:

**Involuntary treatment**

إذا تطلب الأمر علاج المريض داخل إحدى المستشفيات أو المصحات المتخصصة لعلاج الأمراض العقلية فإن مسألة الدخول Admission والتي تعنى عمليا تواجد المريض داخل أسوار المؤسسة التي تقوم بعلاجه وتقييد حريته فإن أنواع الدخول إلى أماكن العلاج وطبيعتها وظروفها تتضمن عدة حالات هي الدخول غير الرسمي Informal admission حيث يعتبر المريض النفسي هنا مثل أي مريض أخر يدخل للعلاج من أي مرض ويخرج بعد ذلك دون قيود ، أما الدخول الإختيارى Voluntary admission فإن الشخص يذهب بمحض إرادته ويوقع بقبول دخوله للمستشفى للعلاج ، ويمكنه الخروج إذا طلب ذلك في خلال مدة لا تتعدى أياما معدودة ( ثلاثة أيام في المتوسط ) إلا في حالة رفض الأطباء ذلك واتخاذ إجراءات تحويل الدخول الطوعي إلى دخول إجباري.

أما النوع الثالث فهو الدخول الاسعافي أو المؤقت Temporary admission ، وهو مناسب في الحالات الحادة التي تتطلب تقييما وإسعافا عاجلا ، ومدته الزمنية تتراوح من ثلاثة أيام إلى ثلاثة شهور في المتوسط، ويتم بعد إجراء الترتيبات القانونية ، أما الدخول الإلزامي أو الإجباري Involuntary admission

فإنه للحالات التي تشكل فيها المريض خطرا على نفسه أو على الآخرين ، ويتم عادة بموجب إجراءات يشترك فيها أهل المريض و الشرطة والقضاء . وتكون مدة العلاج في المتوسط ثلاثة شهور تجدد بأمر القضاء وطلب الأطباء ، وهذا النوع من الدخول له جوانب قانونية متعددة لأنه يتضمن تقييد الحرية الشخصية للمريض وهناك معياران هامان تتم على أساسهما عملية الدخول هما واجب العلاج ، وواجب الاحترام للحرية الشخصية للمريض مع تحقيق الموازنة في ما بين هذين المعيارين .

قد يتطلب العلاج في بعض الحالات المرضية الشديدة تقييد حرية المريض ، وهنا يكون الهدف هو تجاوز المرحلة الحادة من المرض التي لا تمكن المريض من تقدير حالاته وإدراك ما قد ينشأ عن مرضه من مخاطر ومضاعفات على نفسه أو على الآخرين من حوله، ويتم هنا التعامل مع المريض على أساس مبدأ العلاج مقابل الحرية Treatment in exchange for liberty ، وقد يعنى ذلك ضرورة إدخال المريض النفسي في أحدى المصحات أو المستشفيات العقلية واحتجازه رغما عنه لفترة يتلقى فيها العلاج ، وهذه العملية تحدث رغما عن المريض دون اختياره ، ويطلق عليها العلاج الإلزامي Involuntry treatment ،

ويثير ذلك الكثير من المسائل القانونية والمشكلات العملية ، والاعتبارات الأخلاقية التي سيتم مناقشتها في مواضع أخرى من هذا البحث ، ومراعاة للجانب النفسي في هذه المسألة فقد تم استبدال مصطلح الإيداع Commitment كوصف لاحتجاز المريض إلى كلمة الاستشفاء Hospitallization حتى يكون هناك إيحاء بأن العملية تتم بقصد العلاج، ولا تتضمن عقوبة توقع على المريض.

ولا يعنى العلاج الإلزامي فقدان المريض النفسي لحقوقه في اختيار أساليب العلاج ، ورفض بعض الخطوات العلاجية ، فالمريض هنا يفقد حريته بدخوله الإجباري للعلاج ، ومن حقه أن يتوفر له العلاج المناسب دون أن يتعرض للإهمال أو الإستغلال ، وفى السابق كان المرضى يمكثون داخل المستشفيات ومصحات العلاج لمدة طويلة لذا ترتب على ملاحظة ظروف المرضى بعد دخولهم للعلاج الإجباري أن توضع قواعد لحماية هؤلاء المرضى ، وضمان حصولهم على حقوقهم في العلاج والرعاية وهنا نذكر بعض هذه الحقوق :

- الحق في معاملة كريمة تحفظ خصوصيات المريض وكرامته .
- الحق في اختيار العلاج بالوسائل التي يوافق عليها المريض وعدم اللجوء إلى خطوات طبية معقدة مثل الجراحة أو الصدمات الكهربائية قبل الحصول على موافقة المريض أو أهله أو الولي أو القاضي .

- الحق في أن يكون العلاج في وسط ملائم وتحت أقل قدر من القيود لحرية المريض حق المريض في اختيار طبيبه واستشارة أطباء من خارج المستشفى الذي يقيم به.

- الحق في التصرف في أمواله وممتلكاته الخاصة حيث لا يعنى الدخول إلى المستشفى إجباريا للعلاج فقد الأهلية .

- الحق في استقبال الزوار والاتصال بالآخرين خارج المستشفى .

- عدم استغلال المريض داخل المستشفى في أعمال دون اجر أو استخدامه في أبحاث طبية لا يعلم طبيعتها .

- حماية المريض و تقديم مستوى ملائم من الخدمة الطبية والعلاج و التأهيل حسب المستويات السائدة في البلد .

- الحق في رفض المريض للعلاج كان لا يزال محل جدل حيث أن العلاج حق للمريض فماذا إذا رفض المريض العلاج !؟...

وقد ظهرت بعض وجهات النظر منها ما تضمنه كتاب بعنوان "خرافة المرض العقلي" The Myth of Mental Illness للبروفسور الأمريكي "زاز" Szasz من أن المرض العقلي أو الجنون ليس مرضا يتطلب العلاج بل مجرد اختلاف بين الشخص والمجتمع ، لكن هذه تظل أراء فلسفية غير واقعية ، وقد استقر الأمر على أن يخضع المريض للعلاج عقب دخوله المستشفى إلزاميا حين تتطلب حالته ذلك مع أخذ الجوانب القانونية والأخلاقية لهذه المسألة في الاعتبار.

## الموافقة علي العلاج :

والموافقة Consent يجب أن تصدر عن المريض ، والموافقة تسبق استخدام العلاج ، وللمريض هنا الحق في الحصول على معلومات حول حالته تتعلق بتشخيص المرض الذي يعانى منه والوسائل العلاجية المتاحة ، والبدائل الممكنة ، والتنبؤ Prognosis بحالته حتى يمكنه الاختيار والوصول إلى الموافقة بعلم Informed consent ، مع احترام حقه في ذلك دون التأثير عليه أو استغلاله ، والعلم هنا يعنى معرفة المريض بطبيعة العلاج ، والبدائل الأخرى المتوفرة ، وأثاره ، ومدته، ومضاعفاته قبل أن يوافق عليه .

ويتضمن ذلك عمليا حق المريض في عرض وجهة نظره ، وواجب الأطباء المعالجين في الاستماع إلى ما يقوله ، والإجابة على أسئلته بوضوح، وبأسلوب يفهمه ، والحفاظ على كرامته ، والتركيز على همومه حتى وأن بدت وهمية أو غير معقولة ، ويتم ذلك من خلال التزام الطبيب النفسي بعلاج مريضه بالأساليب الملائمة ، والولاء للمجتمع أيضا لحمايته من خلال علاج المريض الذي قد تتسبب حالته في تهديد للآخرين ، والولاء للمهنة والالتزام بقواعدها ، وتحقيق التوازن عند تنفيذ مهمة العلاج للمرضى بصورة إنسانية .

وبعد عرض النقاط الخاصة بالمسائل المتعلقة بحقوق المرضى النفسيين في العلاج فإن العلاج من وجهة النظر النفسية لا يقتصر على تقديم بعض الأدوية ، أو إجراء بعض الخطوات الطبية كما يحدث في علاج المرضى المصابين بالأمراض العضوية المختلفة ، حيث أن المريض النفسي يحتاج إلى تقديم رعاية خاصة تبدأ باكتشاف الحالات ، والوصول إلى المرضى النفسيين ، وكثير منهم لا يطلب العلاج ولا يسعى إليه ، ومن هنا يأتي واجب الأسرة والمجتمع في المساعدة حتى يحصل هؤلاء المرضى على حقوقهم في الرعاية والعلاج ، كذلك فإن وسائل علاج المرضى النفسيين تختلف في إنها تتضمن العلاج البيئي Environmental therapy ،

ويعنى نقل المريض إلى مكان ملائم للعلاج يطلق عليه أحيانا الوسط أو المجتمع العلاجي Therapeutic community ، ويتم هنا استخدام العلاج بالعمل أو التأهيل Occupational therapy ، والترويح recreation ، وتنظيم جلسات العلاج النفسي Psychotherapy للمرضى بصفة فردية أو جماعية .

وهناك وسائل أخرى مثل العلاج السلوكي Behaviour therapy يتم استخدامها للسيطرة على بعض الأعراض المرضية ، وغير ذلك من الوسائل التي يستخدمها الطب النفسي على نطاق واسع بالإضافة إلى العلاج العضوي Organic therapy الذي يتضمن استخدام الأدوية النفسية والعلاج الكهربائي ، ويوضح ذلك وجود اختلاف بين علاج الأمراض النفسية وعلاج الأمراض الأخرى ، وهناك علاقة بين ذلك وبين حقوق المرضى النفسيين في العلاج حيث يتطلب هدف حصول هذه الفئة من المرضى على العلاج الملائم جهودا مشتركة من الأسرة والمجتمع ، وترتيبات من جهات متعددة حتى يتحقق هذا الهدف .

## الحقوق المدنية للمرضى النفسيين

Civil Rights of mental patients

وتعنى الحقوق التي يتمتع بها هؤلاء المرضى كمواطنين، فلا يجب أن تتسبب الإصابة بالمرض النفسي في فرض قيود على الحرية الشخصية للمريض ، أو حرمانه من حقوقه المدنية التي يتمتع بها غيره من الأشخاص في المجتمع.

وهنا نذكر بعض الأمثلة الهامة لحقوق المرضى النفسيين لضمان أن تظل مكفولة دون المساس بها في حالة المرض ، ومنها :

- حق الحرية واستخدام أقل قدرة من القيود على حركة المريض أثناء العلاج ويتم تقديم وسائل العلاج والتعامل مع المريض في هذا الإطار دون اللجوء إلى الوسائل التي تحد من حريته ، وتمنعه من التعبير أو الاختيار خلال فترة تواجده للعلاج داخل المستشفيات .

- حق الزيارة يعتبر من الأمور التي يتعين ضمانها للمرضى العقليين أثناء فترة احتجازهم للعلاج ، وللمريض أن يستقبل زائريه لفترات معقولة ، ولا يجب منعه من ذلك دون أسباب ، كما أن من حق المريض استقبال شخصيات أخرى غير أقاربه ، مثل طبيبه الخاص ، أو محاميه ، والسماح له بقدر من الخصوصية أثناء الزيارة ،

وهناك مسألة هامة يمكن أن نذكرها هنا تتعلق بفكرة أن يتم السماح للرجال من المرضى النفسيين باستقبال زوجاتهم بصورة نظامية في خصوصية ، لساعات محدودة ، لأهمية ذلك من جوانب مختلفة ، قد تنعكس إيجابيا على حالة المريض في فترة الاحتجاز للعلاج .

- للمريض النفسي الحق في الاتصال Communication rights بالعالم الخارجي عن طريق الخطابات أو المكالمات التليفونية ، ويجب أن يتم ذلك في حدود ما هو ممكن في المكان الذي يتم احتجازه فيه للعلاج ، دون قيود أو رقابة على البريد أو الهاتف إلا في حالات محدودة ، مثل حالة للمرضى المحتجزين لارتكاب جرائم .

-حقوق الخصوصية Rights to privancy في المكان الملائم للنوم والمعيشة ، والسماح للمريض بحمل متعلقاته الشخصية ، وعدم فرض ملابس خاصة عليه ، بل له حرية ارتداء ملابسه ، وضرورة وجود مساحة مناسبة لكل شخص في المكان ، وتوفير الحمامات ودورات المياه ، ومكان خاص لكل مريض لوضع الأغراض الخاصة به .

- الحقوق الاقتصادية Economic rights حيث أن المرضى النفسيين بصفة عامة يمكنهم إدارة شئونهم المالية باستثناء فاقدي الأهلية،ويحدث أثناء تواجد المرضى داخل المستشفيات قيامهم ببعض الأعمال والأنشطة تحت بند العلاج بالعمل والتأهيل النفسي ،

وهذه الأعمال يجب أن يتقاضى من يقوم بها المقابل المادي في صورة أجور أو مكافآت ، وقد لا توجد قواعد منظمة لذلك ، ويحدث استغلال المرضى في القيام بأعمال دون مقابل ، ويجب التأكيد على الحقوق الاقتصادية للمرضى والسماح لهم بحرية التصرف في أموالهم .

- حق الترشيح والتصويت يجب أن يظل مكفولا للمرضى النفسيين ممن لم تتأثر قدراتهم العقلية إلى درجة تفوق حكمهم على الأمور ، وهم الغالبية العظمى من المصابين باضطرابات نفسية خفيفة أو تستجيب للعلاج ، أما الفئة الأخرى من المرضى النفسيين الذين تأثرت قدراتهم العقلية بفعل الإصابة بالمرض مما يفقدهم الحكم على الأمور فإنهم لا يستطيعون ممارسة هذه الحقوق ، ويتم تحديد ذلك وفق معايير طبية وقانونية قبل أن يتقرر حرمان أي شخص من ممارسة حق الترشيح والتصويت .

- حق الزواج والطلاق تستطيع الغالبية العظمى من المرضى النفسيين ممن لا تتأثر قدراتهم العقلية بصورة بالغة ممارسة حق الزواج والطلاق بما لا يختلف كثيرا عن الأسوياء ، ولا يوجد مانع في كثير من الحالات من السماح لمرضى نفسيين تحت العلاج بالزواج مع استمرار المتابعة النفسية لحالاتهم دون خوف من احتمالات حدوث أي مشكلات أو مضاعفات.

**- ملحوظة :**

تتضمن مسألة زواج وطلاق المرضى النفسيين والمعاقين عقليا الكثير من الجوانب والأحكام القانونية والفقهية سيتم التعرض لها بشيء من التفصيل في مواضع أخرى من الكتاب.

# الفصل الثالث

# الجوانب القانونية للأمراض النفسية

يتميز الطب النفسي عن غيره من التخصصات الطبية الأخرى بالعلاقة الوثيقة والتداخل مع النواحي القانونية والقضاء،ولعل السبب في ذلك هو طبيعة الأمراض النفسية التي تكون في العادة مصحوبة بخروج المرضى النفسيين على القواعد في مجالات السلوك ، والأحوال الشخصية ، وارتكاب الجرائم ، وعشرات من المسائل التي تتعلق بعلاقة المريض النفسي بالمجتمع ، ويجد الأطباء النفسيون أنهم مطالبون بمتابعة القوانين والموضوعات القضائية في بلادهم،والأماكن التي يعملون بها لان ذلك يتصل مباشرة بمجال عملهم في ممارسة الطب النفسي،ورغم أن الأطباء لا تتضمن دراستهم النواحي القانونية فإن الإلمام بالمسائل الخاصة بالمسئولية القانونية ، والتغيرات التي تحدث في القوانين الوضعية بصفة مستمرة من المطالب الهامة في الممارسة الطبية الحماية من المسئولية ودفع القلق في كثير من المواقف التي تطلب التدخل واتخاذ قرارات مهنية . وقد ظهر تخصص طبي مستقل يهتم بالعلاقة بين الطب النفسي والقانون هو الطب النفسي الشرعي Forensic Psychiatry ، ورغم أن الموضوعات التي يهتم بها الطب النفسي الشرعي كانت محل اهتمام منذ القدم إلا أنها ظلت محل جدل علي مر الزمان

ومن الذين اهتموا بالمسائل القانونية ودراسة الجريمة من النواحي النفسية في العصر الحديث "لومبروز" في إيطاليا ، و"مودزلى" في بريطانيا ، و"لاكاسينى " في فرنسا ، و"راى" في أمريكا،ويؤكد ذلك أن الأطباء النفسيين عليهم أن لا يكتفوا بالمعلومات الطبية فحسب بل هم مطالبون بالتعامل مع الكثير من الجوانب القانونية ، والقضاء ، والجهات الأمنية ، والمجتمع بصفة عامة في مواقف كثيرة،وهناك بعض المصادر للرجوع إليها لمتابعة المسائل القانونية بانتظام مثل "دائرة المعارف القانونية" ، والدوريات مثل التي تصدر في الغرب تحت مسمى الدوريات (الشبردية) نسبة إلى ناشرها (Sheppard ) وتعنى بنشر الأحكام القضائية الأمريكية،وغير ذلك من المراجع التي تتناول العلاقة بين الطب النفسي والقانون.

## أنواع المحاكم والمحاكمات والقضايا :

نبدأ هنا بنظرة عامة على القوانين الوضعية في العالم ، وهنا سوف يكون التركيز على القانون الأمريكي كنموذج لأكثر التشريعات تنظيما للقواعد المتعلقة بالطب النفسي ، والقانون المصري كنموذج لقانون وضعي يتم تطبيقه في بلد عربي إسلامي ، ونرى أن المعلومات التي نذكرها هنا تمثل مقدمة هامة في النواحي القانونية والمسئولية الجنائية للمرضى النفسيين التي يتم مناقشتها فيما بعد .

وبالنسبة لنظام المحاكم فإنه في العادة يتم في ثلاثة مستويات الأول يسمى المحاكم الابتدائية ، وتجرى فيه المحاكمة بناء على الوثائق والأدلة والشهود، والثاني هو محكمة الاستئناف ، أو ما يطلق عليه في بعض الدول العربية " التمييز " ، ويجرى فيه الإطلاع على حكم المحكمة الأولى دون إعادة للمحاكمة والتصديق عليه أو رفضه ، أما المستوى الثالث فهو المحكمة العليا (النقض) الذي يتم فيه إعادة المحاكمة ، وهى أعلى السلطات القضائية ويتم العودة إلى أحكامها للإقتداء بها في الحالات التي تسمى بالسابقة Precedence في الأحكام المماثلة ، وتعتبر الأحكام هنا نهائية وملزمة .

أما أنواع المحاكمات فإنها ما أن تكون من النوع التحقيقى Inquisitorial، أو الدفاعي Advisorial، والنظام الأول معناه أن القاضي يقوم بالتحقيق على طريقة الأدلة ، ويستمع للشهود ، ويصدر الحكم ،وهذا النظام معمول به في كل الدول العربية ومعظم بلدان العالم عدا بريطانيا والولايات المتحدة ، أما النظام الثاني فإن القاضي لا يقوم بالتحقيق ويترك المهمة للدفاع والإدعاء ، ويعاون في اتخاذ القرار هيئة من المحكمين يطلق عليهم "المحلفين" ، وهناك فرق واضح بين هذين النظامين للمحاكمات.

وللقضايا أنواع مختلفة فهناك القضايا الجنائية Criminal التي تضم الجرائم كالجنح التي يكون فيها الحق العام هو الأساس وكان يطلق عليها "الدولة ضد فلان" ، وهناك القضايا المدنية Civil ،

ويتم فيها النظر في المشكلات التي يختلف فيها الناس مثل الميراث والديون والمشكلات المالية والتجارية ، وهنا يكون الوصف " فلان ضد فلان" ،وتتضمن المحاكمة في القضايا جانبان ، الأول قانوني Matter of law يتعلق بصحة سير المحاكمة،والثاني وقائعي Matter of facts يتعلق بصحة الوقائع والاستدلال عليها وهناك عدة درجات من الأدلة في القضايا،وأول هذه الدرجات وجود دليل ثابت فوق مستوى الشك بنسبة 90%أو أكثر ، ويلزم ذلك الحكم في القضايا الجنائية الهامة ، وهنا يكون الحكم ببراءة متهم لم تثبت إدانته أفضل من عقاب متهم بريء ، وفى الدرجة الثانية يمكن إقامة الدليل بنسبة 75% ويكون احتمال الخطأ25% ، ويمكن هنا الحكم في بعض القضايا مثل الحكم بدخول مريض إلى المستشفى ، أما الدرجة الثالثة من الإثبات فهي ما يعرف بالاحتمال الغالب الذي يزيد قليلا لأي من الاحتمالين عن 50%، ويكفى هذا المستوى من الإثبات للحكم في بعض القضايا المدنية مثل النزاعات المالية.

وتنقسم القوانين إلى نوعين القانون الجنائي والقانون المدني ويختص القانون الجنائي بالجرائم التي ينشأ عنها أضرار جسيمة متعمدة للنفس مثل جرائم القتل،والقانون المدني يختص بقضايا الخلافات بين الأفراد مثل المشكلات المالية والتجارية .

## الطب النفسي و الجريمة :-

تذكر الأرقام أن المرضى النفسيين ليسوا أكثر ارتكابا للجرائم من الأسوياء كما هو الانطباع السائد عند عامة الناس ، فمن بين ما يقرب من 2 مليون من جرائم العنف تحدث في الولايات المتحدة سنويا منها 23 ألف جريمة قتل لا يقوم المرضى النفسيين بدور الجاني إلا في نسبة لا تزيد عن 30 % من هذه الجرائم، ولا تزيد نسبة الجرائم البسيطة الأخرى التي يرتكبها المرضى النفسيون ممن لا مأوى لهم والعاطلين عن العمل على ثلث عدد هذه الجرائم ويرتكب الرجال جرائم القتل بنسبة تزيد 11 مرة عن السيدات ، وبالنسبة للضحايا فإن عدد النساء يمثل ثلث عدد الرجال ، وغالبا ما توجد علاقة وثيقة بين الجاني والضحية في 57% في جرائم القتل أو تربطهم علاقة قرابة وصداقة، وفى إحصائيات أخرى فإن نسبة 30% ممن يرتكبون جرائم القتل يقدمون على الانتحار فيما بعد ، ونسبة 40%منهم يصابون بفقد جزئي أو كلى للذاكرة بعد الحادث .

وتعتبر اضطرابات الشخصية Personality disorder من أكثر الاضطرابات النفسية ارتباطا بارتكاب الجرائم المختلفة ، خصوصا الشخصية المضادة للمجتمع Antisocial personality ، وتدل هذه التسمية على الاتجاه للخروج على القواعد والأعراف الاجتماعية وارتكاب الجرائم .

وهناك قائمة من الأمراض النفسية لها علاقة بسلوك العنف والجريمة نذكر منها اضطرابات السلوك Behaviour disorders ، والاضطراب السلوكي الانفجاري Explosive behaviour،والشخصية الحدية Borderline ، والوسواس القهري Obsessive compulsive disorder ، والفصام العقلي Schizophrenia ، والبارانوياParanoia ، والهوس الإكتئابى Manic depressive disorder ، وإدمان الكحول والمخدرات الأخرى ، ويصاحب سلوك العنف أيضا عدد أخر من الاضطرابات النفسية والعقلية مثل التخلف العقلي Mental retardation ، والذهانات العضوية Organic psychoses ، وقد يكون سلوك العنف مصاحبا للانحرافات النفسية الجنسية مثل الاغتصاب Rape ، والاعتداء على الأطفال Child abuse ، أو الممارسة الجنسية مع أقرباء الدم Incest، وحالات أخرى من الاضطرابات النفسية.

وتعرف الجريمة Crime على إنها كل فعل أو امتناع عن فعل يحرمه القانون ،ولكن يبقى من الصعوبة الوصول إلى إجماع حول معنى الجريمة خصوصا أن السلوك الإنساني يختلف من مكان إلى أخر وتتبدل المعايير على مر العصور تبعا للمقاييس الثقافية والاجتماعية ، غير أن التشريعات في بلدان العالم المختلفة تنص على تقدير للجرائم ، وتحديد للعقوبات الملائمة لكل منها ، وتتكون الجريمة طبقا للمفاهيم القانونية من عنصرين أساسيين هما :

- العمل أو الفعل المتعمد Voluntary conduct في حق الآخرين أو المجتمع .

- النية أو القصد السيئ Evil intent بدرجات متعددة للإضرار بطرف أخر.

ولا تقوم الجريمة بدون وجود العنصرين معا ، فالأفعال السيئة في حد ذاتها لا تكون جرائم ما لم تتوفر النية أو القصد ، والمثال على ذلك إذا قام الطفل صغير بإيذاء شخص أخر وهو لا يدرك ما يفعل فإن غياب القصد لا يوفر أركان الجريمة ، كما أن وجود النية وحدها دون القيام بعمل لا يكفى لحدوث جريمة أيضا ، وعلاقة ذلك بالأفعال التي يقوم بها المرضى النفسيون هامة للغاية ، حيث أن غياب الوعي والإدراك بطبيعة بعض الأفعال التي يقوم بها المريض النفسي بحكم إصابته بالمرض يمنع المسئولية عن الجرائم التي يرتكبها دون قصد كما سنعرض فيما بعد ، وتنقسم الجرائم إلى عدة أنواع حسب التقدير القانوني لخطورتها والعقوبة المقابلة لها .

وتبعا للقانون الفرنسي والقوانين المعمول بها في الدول العربية فإن هناك ثلاثة أنواع رئيسية من الجرائم هي :

- المخالفات
- الجنح
- الجنايات

وفى الولايات المتحدة وبريطانيا يتم تصنيف الجرائم إلى نوعين:

- جرائم كبرى

- جرائم صغرى

ويحتاج النوع الأول إلى وجود محلفين للبت فيه ، بينما يحكم القاضي في النوع الثاني ، أما تقييم النية أو (أو نقول تقويم وهى الكلمة الأصح لغويا) فإنه ينقسم إلى أربع درجات حسب تدرج شدتها وخطورتها هي :

1- الإهمال البسيط الذي يؤدى إلى الضرر بالآخرين مثل إلقاء عقب سيجارة يتسبب في حريق يؤدى إلى خسائر في الأرواح والممتلكات .

2- الإهمال مع وعى باحتمال الضرر كأن يتسبب شخص بإهماله في وفاة شخص أخر مع علمه بأن هذا الإهمال قد يتسبب في حادث يؤدى إلى الموت

3- تعمد إحداث الضرر بأقل مما حدث في الجريمة ، والمثال على ذلك الضرب الذي يقصد به الأذى للتأديب لكنه يفضى إلى الموت ، وهى أخف من جرائم القتل المتعمد

4- سبق الإصرار والترصد الذي يعتبر اقتراف جريمة عن عمد مع وعى كامل بطبيعة العمل وهى أقصى درجات النية وأشدها خطورة .

وتعتبر كل من الحالة الثالثة والرابعة من القضايا الجنائية ، بينما يحاسب القانون على كل من الحالة الأولى والحالة الثانية بعقوبات مخففة ، وهناك قوانين للتعويض عن الضرر لإصلاح الإتلاف أو إرضاء المتضرر ماديا سواء

كان هناك القصد أو لم يكن ، وينطبق ذلك على أخطاء الأطباء مثل الإهمال و التقصير غير المتعمد في أداء الواجب ، ويتم التقدير تبعا لطبيعة الضرر .

وتقوم فلسفة العقاب في المخالفات الجنائية منذ القدم في كل مجتمعات العالم على مبدأ أن الجريمة لابد أن تواجه بعقاب من نوعها ، أو بالتراضي بين الأطراف بدفع مبلغ من المال،حتى ظهر مبدأ الحق العام في القرن الثاني عشر ، ويحقق العقاب عدة أهداف

- العقاب وسيلة ردع لمن يرتكب جريمة وللآخرين .

- تأهيل وإصلاح المذنب ليخرج عضوا صالحا في المجتمع وليس مضادا له .

- الوفاء بالدين الذي يكون في رقبة المجرم نحو المجتمع .

- العقاب بالسجن مثلا هو وسيلة لإبعاد الأشخاص الخطرين وحماية الآخرين منهم .

وبعد هذه المقدمة التي تحتوى على عرض لبعض الجوانب القانونية فإن علاقة ذلك بمسألة حقوق المرضى النفسيين ، وبالمسئولية المدنية والجنائية للمريض النفسي حين يرتكب بعض الأفعال التي يحاسب عليها القانون سوف تكون محل دراستنا في هذا الفصل الخاص بالعلاقة بين الطب النفسي والقانون .

## تطور أحكام المسئولية الجنائية

شهدت الأحكام الخاصة بالمسئولية الجنائية التي يهتم بها الطب النفسي الشرعي تطورا كبيرا على مدى العصور الماضية ، ومنذ القدم كانت القوانين تأخذ في الاعتبار الحالة العقلية لمن يرتكبون الجرائم وتخفف عنهم الأحكام المعمول بها ، وفى المجتمعات القديمة والحديثة على حد سواء فإن القوانين لا تعاقب من لا يفقه معنى العقاب ، إلا أن مشكلة الإجراءات التي تتخذ نحو المرضى النفسيين الذين يرتكبون الجرائم ، وكيفية التعامل معهم ظلت من الموضوعات القانونية الهامة التي يدور حولها الجدل على مر العصور ، وهنا نتتبع تطورا أحكام المسئولية الجنائية من خلال مراجع الطب النفسي الشرعي .

- كانت القوانين القديمة مثل قانون"حمورابى"تأخذ في الاعتبار الحالة العقلية عند تقييم مسئولية المرضى النفسيين عن أفعالهم ، وفى عصر الإغريق ذكر "أرسطو " قبل ما يقرب من 2000 سنة أن المسئولية الأخلاقية لا تتحقق إلا بالعلم بطبيعة العمل دون مؤثر قهري خارج الإرادة ، وفى القانون الروماني كان الأطفال والمجانين غير مسئولين عن ما يفعلون .

- في القرن السادس عشر وضع "لامبارد" الإنجليزي قاعدة تقول بان القتل إذا ارتكبه شخص مجنون أو متخلف أو مهووس أو طفل لا يفرق بين الخطأ والصواب لا يعد ذلك جريمة لانعدام الإرادة والإدراك لهذا العمل ،

وظهرت في القرن الثامن عشر على يد الإنجليزي "وليام بلاكستون" قاعدة أطلق عليها "قاعدة السبعة" تقول إن الطفل حتى سن السابعة لا يعد مسئولا عن أي عمل يقوم به ، وبين سن السابعة والرابعة عشر يكون مسئولا جزئيا إذا كان يدرك طبيعة ما يفعل ، وفوق سن الرابعة عشر يكون مسئولا عما يفعل ، وأهمية هذه القاعدة هي التشبيه الدائم للمرضى النفسيين بالأطفال عند تحديد المسئولية الجنائية .

- تم وضع قاعدة قانونية تعود إلى قضية نظرها القضاء الإنجليزي عام 1724 م عرفت باسم قاعدة الوحش البرى ، وكانت القضية تدور حول شخص إسمه "أرنولد" عرف في بلدته بأنه مجنون لكنه كان يقوم ببعض الأعمال البسيطة لكسب العيش ، وبتأثير مرضه أطلق الرصاص على احد اللوردات فحكم عليه بالسجن رغم الدفاع بأنه مجنون ، وكان نص القاعــدة " يعتبر الإنسان المجنون غير مسئول عما يفعل إلا حين يكون جنونه مطابقا وكاملا كالطفل الرضيع أو الحيوان في الحقل أو الوحش البرى"... وطبقا لهذه القاعدة تم الحكم على عدد من المرضى العقليين الذين لم تكن حالتهم شديدة دون إعفائهم من المسئولية .

- في عام 1800 ظهرت قاعدة جديدة بدلا من قاعدة الوحش البرى عقب قضية "هادفيلد" الذي أطلق النار على الملك ، وكان يعانى من ضلالات وأوهام ، وتم تغيير القاعدة السابقة ليحل محلها قواعد أخرى تأخذ في الاعتبار ما يدور بعقل المريض من أوهام تجعله " لا يستطيع التفرقة بين الخطأ والصواب ".

وقد أضيفت في عام 1840 م قاعدة أخرى مؤداها أن المتهم غير مسئول عن عمله إذا كان بسبب "دوافع داخلية لا يمكن مقاومتها" .

ظهرت بعد ذلك قاعدة ماكناتن M`Naughten rule في عام 1843 عن قضية من أشهر قضايا الطب النفسي والقضاء ، وهى محاكمة الإنجليزي "مكناتن" الذي قام بإطلاق النار على رئيس الوزراء البريطاني فأخطأه وأصاب سكرتيره الذي مات متأثرا بجراحه ، واستمعت المحكمة إلى شهادة 9 من الأطباء النفسيين ، 3 منهم تابعين للدفاع ، و3 للإدعاء ، و3 محايدين .

مكناتن



وتم الاتفاق بعد مناقشات نفسية عميقة على أن الجاني غير مسئول عن جريمته بسبب المرض العقلي ، ونظرا لأن القضية تهم الرأي العام فقد تم تشكيل لجنة من 15 قاضيا أصدرت قرارا ببراءة مكناتن بسبب مرضه العقلي ، وتم وضع القاعدة التالية :-

"إذا حدث بسبب المرض العقلي أن شخصا لا يعرف أو يميز طبيعة عمله، أو يفرق بين الصحيح والخطأ فإنه غير مسئول عن هذا العمل "

وطبقا لذلك فإن الدفاع إذا أثبت أن الشخص لا يستطيع أن يميز بين الصحيح والخطأ فإن ذلك يكفى لإعفاء المتهم من المسئولية .

- ظهر في فرنسا في نفس الوقت تقريبا ( القرن 19) ملاحظات الأطباء النفسيين حول المرضى المصابين بالهوس لارتكاب بعض أنواع السلوك الشاذ مثل السرقة ، وممارسة الجنس ، أو العنف ، أو القتل ، أو الانتحار ، وأطلق على ذلك "الجنون الأخلاقي " لكن الأطباء في الولايات المتحدة لم يأخذوا بفكرة الجنون الأخلاقي ، وعادوا للحكم بقاعدة مكناتن حتى عام 1954 حين صدرت في واشنطن "قاعدة درهام" Durham`s rule التي تنص علـى أن " الشخص لا يعتبر مسئولا عن عمل ما إذا كان هذا العمل نتيجة عقل مريض أو ناقص" ، وتميزت هذه القاعدة بالتساهل الشديد الذي أدى إلى براءة الكثير من المتهمين لأسباب عقلية بصورة كبيرة تزيد 14 ضعفا عن ذي قبل ، وتم إلغاء هذه القاعدة بعد 10 سنوات .

- صدر عن معهد "القانون الأمريكي" قاعدة تقول: " يعتبر الشخصغير مسئول عن عمل إجرامي إذا كان وقت حدوثه يفتقد سعة كبيرة من القدرة على تقدير الجرم في عمله بسبب مرض أو نقص عقلي،أو لا يستطيع أن يطوع نفسه لمتطلبات القانون" ، وهنا نلاحظ " استخدام سعة كبيرة من القدرة على التقدير " كبديل للفرق بين "الصحيح والخطأ" في قاعدة مكناتن ، كما أن الجملة الأخيرة تشير إلى الدافع القهري "الذي لا يقاوم " لارتكاب الجريمة وهنا وضع رجال القانون الأمريكي مثالا للقياس أطلق عليه "الشرطي على الكتف " ، وذلك لتقدير الدافع بأن يقال للمتهم بالقتل لو أن شرطيا بكامل سلاحه كان بجانبك أثناء قيامكبالقتل .. هل كنت تستمر في هذا العمل !؟ ..ويستخدم هذا المثال لتقييم الدافع الذي لا يقاوم .

- في عام 1981 وبعد محاولة اغتيال الرئيس الأمريكي "رونالد ريجان" بواسطة شخص إسمه "هنكلى" صدر عن الكونجرس الأمريكي مراجعة للقواعد المتبعة في مسئولية المرضى النفسيين الجنائية بعد تبرئة المتهم وهجوم الرأي العام على الطب النفسي، وكان نص القاعدة :

" يعد دفاعا مؤكدا تحت أي قانون فيدرالي إذا كان المتهم وقت حدوث الفعل الذى اعتبر مخالفا يعد من جراء المرض العقلي الشديد غير قادر على تقدير طبيعة ونوعية أو خطأ عمله ".

ويمثل هذا القانون الوضع الراهن والأخير في الولايات المتحدة الأمريكية بالنسبة لهذا الموضوع في الوقت الحالي .

- وحول المسئولية الجنائية للمرضى النفسيين في القانون المصري كمثال للقوانين في الدول العربية فإن قانون العقوبات ينص على المادة التالية :-

"لا عقاب على من يكون فاقد الشعور أو الاختيار في عمله وقت ارتكاب الفعل إما لجنون أو عاهة في العقل ، وإما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة أيا كان نوعها إذا أخذها قهرا عنه أو على غير علم بها ".

وهنا نلاحظ استخدام تعبير "فاقد الشعور" ، وتعبير "الاختيار" بما يدع المجال للجدل ، ويحتاج إلى توضيح لمفهوم الشعور وتفسيره بالوعي ، وتفسير الاختيار بأنه الإرادة ، وكيفية التحديد الدقيق لهذه المفاهيم .

**ملحوظة :-**

كان الفقه الإسلامي أسبق من القوانين الوضعية في المسائل المتعلقة بأحكام المسئولية الجنائية ، وتم عرض المنظور الإسلامي لهذه المسائل بالتفصيل في موضع لاحق .

تقييم المسئولية الجنائية

من المسائل الهامة التي تدخل في مجال الطب النفسي الشرعي تقييم المسئولية الجنائية لمرتكبي بعض المخالفات والجرائم الذين يطلب الدفاع عنهم إعفائهم من العقاب نظرا لإدعاء إصابتهم بالمرض العقلي ، وهذه الحالات يجب فحص الحالة العقلية للمتهم ، وتقييم حالته أثناء قيامه بالعمل ، وهنا تتم التفرقة بين الإصابة بأمراض عقلية شديدة وبين الحالات النفسية البسيطة التي لا تؤثر على الحكم على الأمور ، وكذلك الحالات التي يمكن أن تظهر أعراضها بصورة مؤقتة وقد تختفي بعد ذلك ، وللقيام بتقييم هذه الحالات من الناحية النفسية يتم ذلك وفقا للخطوات التالية :-

- مراجعة الطبيب النفسي لكل الوثائق الخاصة بالقضية لدراسة تقارير الشرطة ، والتحقيقات ، وأقوال الشهود للإحاطة بجوانب القضية وتكوين فكرة عن تاريخ الحالة تساعد على الاستنتاج الدقيق .

- مراجعة التاريخ المرضى للشخص من خلال أية ملفات لعلاج سابق له في العيادات أو المستشفيات .

- تقييم الحالة العقلية للمريض من خلال المقابلة النفسية ، وخلال ذلك يتم سؤال المريض حول ما يدل على قدرته على تمييز الأعمال من وجهة نظره .

- الاستدلال على حالة المريض أثناء الجريمة من خلال مناقشة المتهم ، والاستماع إلى روايته عن ملابسات الحادث ودوره الكامل فيه .

- يمكن اللجوء إلى عمل بعض الاختبارات النفسية ، وفحص الجهاز العصبي ، وتخطيط المخEEG للمساعدة في الوصول إلى التشخيص .

وهنا نطرح السؤال التالي :

هل تعنى الإصابة بالأمراض النفسية أو العقلية إسقاط المسئولية والإعفاء من العقاب ؟

والإجابة على هذا السؤال تجعلنا نعود إلى تصنيفات الأمراض النفسية التي تضم مجموعات تشخيصية يندرج تحتها عدد كبير من الحالات، غالبيتها من الحالات البسيطة التي لا تؤثر على الحكم على الأمور، ولا ينشأ عنها تدهور عقلي شديد ، وبالتالي فإن تشخيص الإصابة بالأمراض النفسية المعروفة لا يعنى إسقاط المسئولية الجنائية أو الإعفاء من العقاب بصورة مطلقة .

وفى الولايات المتحدة الأمريكية فإن الحالات التي يطلب فيها الدفاع الإعفاء للمتهم من المسئولية الجنائية - ويطلق عليها دفاع الجنون Insanity defense - لا يقبل سوى 20 % منها ، حيث يتمكن المتهم من إثبات أحقيته بالإعفاء من المسئولية ، بينما تتم إدانة 80% من بينهم المرضى النفسيين الذين لا تعنى إصابتهم بالمرض العقلي الإعفاء من المسئولية ، ومثال لذلك مرضى الفصام الذين لديهم أوهام واضطرابات في التفكير لكنها لا ترتبط بنوع الجريمة التي يرتكبونها.

وإذا كانت الجريمة متعلقة باضطراب في الشخصية أو نتيجة للانحرافات الجنسية والسلوكية فإنها أيضا لا تعفى من المسئولية ، وإذا حدث الاضطراب العقلي عقب ارتكاب الجريمة نتيجة للخوف من العقاب فإنه لا يعفى من المسئولية حيث تذكر الإحصائيات أن نسبة 40% من الذين يرتكبون جرائم القتل يصابون بفقدان جزئي أو كلى للذاكرة عقب الحادث ، وسوف يرد تفصيل حول حالات إدعاء المرض Malingering ، والدلائل التي يستند إليها الطبيب النفسي لاكتشاف مثل هذه الحالات ( تم مناقشة مسألة الإعفاء من المسئولية الجنائيةفي الجزء الخاص بالمنظور الإسلامي لحقوق المرضى النفسيين) .

**الأهلية العقلية Competence :**

لا تعتبر الأهلية من المفاهيم الطبية أو النفسية ، بل هي مفهوم قانوني ، حيث تعرف الأهلية العقلية Mental competence على أنها الكفاءة أو السعة الكامنة للوظائف العقلية للشخص الذي يستخدمها في اتخاذ قراراته وفهمها ، وفى تعريف أخر أبسط إنها سلامة العقل لأداء أعمال قانونية محددة ، ومن هنا التعريفات فإن الأهلية موجودة في اى شخص لا تعتمد على ما يعرفه هذا الشخص من معلومات ، حيث أن وصفها بأنها السعة الكامنة يعنى إنها اللازمة فقط لاتخاذ القرارات الخاصة بحياة هذا الشخص نفسه في الأعمال التي يستطيع القيام بها ، ولا توجد مقاييس مطلقة تنطبق على الجميع فيما يخص مسألة الأهلية ، كما أن غيابها لا يرتبط بالإصابة بمرض نفسي معين ، لكن تحديدها يتم بمعرفة القاضي ، حيث أن المحكمة هي الجهة التي تقرر أن شخصا ما فاقد الأهلية ، وتنقسم الأهلية إلى نوعين رئيسيين : الأهلية المدنية والأهلية الجنائية.

**الأهلية المدنية:**

وتتضمن كتابة العقود ، والمبايعات ، وكتابة الوصية ، والزواج ، ورفض العلاج والعمليات الجراحية أو الموافقة على ذلك ، ومواجهة المحاكم ، والدفاع عن النفس ، وتعتبر سلامة العقل Mental soudness من الشروط الأساسية لفهم ما تتضمنه هذه الأعمال التي تتعلق بالأموال والممتلكات والتصرفات ، وهناك بعض الشروط اللازمة للتأكد من أهلية الشخص الذي يقوم بإجراء هذه التصرفات إذا كان هناك شك في إصابته بحالة تؤثر على قواه العقلية ، أو أثيرت هذه المسألة بصورة قانونية ومن هذه الشروط :

- أن يعلم المريض معنى وطبيعة ما يفعله من تصرف مثل مضمون العقدأو الشيء الذي يتصرف فيه بالبيع أو الشراء ، أو الوصية التي يوزع بها تركته بعد الموت ، أو العمل الذي سوف يترتب على موافقته من علاج أو عملية جراحية أو غير ذلك .
- أن يعلم حدود ما يملك من أموال وممتلكات يقوم بالتصرف فيها من خلال العقود .
- أن يكون عارفا للأشخاص حوله من أفراد عائلته خصوصا إذا كان يتصرف في أمواله أو يوصى ببعض منها لهم ، ويدرك علاقته بالآخرين من الذين يتعامل معهم .
- أن لا يكون تحت تأثير أو ضغط خارجي ليفعل اى شيء لا يعلم معناه أو يكون متأثرا ببعض الأوهام والضلالات من تأثير المرض العقلي .

- أن يكون على علم وتقدير لما سوف يترتب على ما يقوم به من عمل .

ومن أمثلة الحالات التي تؤثر في الأهلية المدنية حالات الشيخوخة وفقد الذاكرة والضعف بسبب المرض حين يترتب على ذلك إجراء بعض التصرفات التي لم يكن الشخص ليقوم بها في الأحوال الطبيعية ، فالشخص المسن الذي يمنح ثروته إلى شخص غريب عنه لمجرد إنه يلازمه في شيخوخته، والمريض الضعيف الذي يوصى بأمواله وممتلكاته لمن يقوم على تمريضه كلها أمثلة على تصرفات تتعلق بفقدان الأهلية العقلية تثير الكثير من المشكلات القانونية .

**الحجر:**

يعنى إعلان الحجر منع الشخص من التصرف في أمواله ، وهو الحل الذي يواجه به القانون فقدان الأهلية المدنية حين يكون الفرد غير كفء من الناحية العقلية ، ويطلق عليه فاقد الأهلية ، ويترتب على ذلك فقدان الحرية الشخصية والحقوق المدنية ، وبالإضافة إلى عدم الاعتداد بأي تصرف يقوم به في أمواله وممتلكاته فإن فقدان الأهلية يتضمن عدم السماح له بقيادة السيارة ، أو القيام بإجراء أي تعاقد ، أو الترشيح والتصويت في الانتخابات .

وأي تصرف يقوم به هذا الشخص بعد إجراء الحجر يكون باطلا ، وقد يمتد ذلك إلى بعض التصرفات التي تسبق الحجر إذا ثبت إنها تمت في حالة المرض العقلي ، ولم يكن المريض على بينة مما قام به (هناك تفاصيل حول هذه النقطة من الناحية الشرعية في الفصل الخاص بالمنظور الإسلامي لحقوق المريض النفسي ) .

وقرار فقدان الأهلية من الأمور الهامة في حياة اى إنسان ، والمحكمة هي المكان الوحيد الذي يصدر عنه إعلان عدم الأهلية لأي شخص ، ويصدر القرار بعد رأى استشاري في الطب النفسي ، وقد يتم توكيل محامى عن الشخص أو يتم استدعاؤه للحضور إذا كان في ذلك مصلحة له ، ويتضمن قرار إعلان عدم الأهلية تعيين وصى يوكل إليه إدارة شئونه ، وتحدد نوعية الوصاية إذا كانت مطلقة تخول للوصي للتصرف في كل ما يخص الموكل عنه ، أو وصاية مقيدة بشروط وفترة زمنية محدودة ، ويتم اختيار الوصي في الغالب من اقرب أقارب الشخص ، أو أي شخص أخر بمعرفة المحكمة .

**الأهلية الجنائية:**

تعني الأهلية الجنائية ببساطة من الناحية القانونية قدرة الشخص على مواجهة المحاكمات القانونية الجنائية والدفاع عن نفسه ، ويحدث أن يطلب دفاع المتهم في إحدى الجرائم توقف المحاكمة لعدم الأهلية العقلية حيث أن القضاء يعتبر أن مثل هذا الشخص لا يستطيع أن يفهم طبيعة المحكمة ، غير أن نسبة لا تزيد على 3% فقط من الذين يطلبون ذلك يحصلون على البراءة بسبب عدم الأهلية،

ومن هنا كان التأكد من الأهلية أمرا هاما للتأكد من دقة سير المحاكمة، وقدرة المريض على الدفاع عن نفسه ، وحفظ صورة المحكمة والعدالة في الأذهان ،

وقد ظهرت قاعدة في القضاء الأمريكي مؤداها أن المتهم يكون مؤهلا لمواجهة القضاء إذا كان لديه المقدرة على استشارة محاميه ، ويفهم الإجراءات ضده ، ولا يكفى أن يكون مدركا للزمان والمكان وبعض الأحداث ، والمسألة هنا قانونية في كل ما يتعلق بالأهلية الجنائية ، ودور الطب النفسي يكون استشاريا فقط ، غير أن الجوانب النفسية في الحكم بعدم الأهلية الجنائية تتضمن :

- يستطيع اى من أقارب المريض طلب النظر في أهلية المتهم ، ويترتب على ذلك وقف المحاكمة للتأكد من الأهلية الجنائية ، وقد يقوم القاضي نفسه بذلك إذا لاحظ سلوكا غريبا يثير الشك في عقلية المتهم .

- يتم إيداع هذه الحالات في المستشفيات العقلية لمدة قد تكون طويلة في انتظار أن تكون حالته ملائمة للمحاكمة .

- قد يتم استخدام العلاج بالأدوية النفسية مما يساعد بعض المرضى من فاقدي الأهلية على استعادة قواهم العقلية ، ويمكن بذلك محاكمتهم بعد العلاج.

وهناك حالات كثيرة يتم فيها إساءة استخدام قوانين الأهلية الجنائية حين يتم إدعاء الدفاع بعدم سلامة القوى العقلية للمتهم بناء على مرض عقلي سابق ، أو علاج نفسي حتى يتم تأجيل المحاكمة ، وهنا يجب تحديد مدة زمنية لفحص الحالة العقلية لهؤلاء الأشخاص إذا تم تحويلهم إلى المستشفيات النفسية بواسطة لجان

وتحديد الأهلية الجنائية حتى لا تكون هناك إساءة لاستخدام الطب النفسي في مثل هذه الحالات ، وتتضمن الأهلية الجنائية حالات أخرى مثل الشهادة ، والاعتراف ، وتنفيذ حكم الإعدام ، حيث تتطلب كل هذه الحالات تحديد الأهلية العقلية ، وعدم فقدانها لسلامة سير المحاكمة ، والإجراءات القضائية.

# الفصل الرابع

# مشكلات عملية من واقع ممارسة الطب النفسي

من خلال العمل في مجال الطب النفسي ومتابعة الحالات المرضية ومن واقع العلاقة مع المرضى النفسيين وأسرهم يتسنى للطبيب النفسي عملياً أن تتوفر لديه صورة من قريب للكثير من المشكلات والهموم التي يعانى منها هؤلاء المرضى بسبب ما أصابهم من ضعف واضطراب، وتدهور في أحوالهم النفسية وعلاقاتهم الاجتماعية ، وتعرضهم لبعض المشكلات القانونية التي تؤثر على حياتهم ، وهنا نقدم من خلال التجربة العملية عرضا لبعض من المشكلات العملية التي تتعلق بموضوع هذا البحث عن حقوق المرضى النفسيين بصورة مباشرة أو غير مباشرة .

## هموم المرضى النفسيين:

لا تزال مشكلة الوصمة Stigma المرتبطة بالمرض النفسي تمثل عبئا على المرضى النفسيين مما يدفعهم إلى إخفاء حقيقة مرضهم والتأخر في البحث عن العلاج لدى الأطباء النفسيين الذين يمثل العلاج لديهم مشكلة يحاول المريض وأهله تجنبها باللجوء إلى الوسائل غير الطبية ، ولا يزال الوعي بالأمراض النفسية بالنسبة للمجتمع دون المستوى حيث لا يفهم كثير من الناس من مختلف المستويات طبيعة وأنواع الأمراض النفسية

مما أدى إلى وجود اتجاه سلبي Negative attitude نحو المرضى النفسيين يجعل الكثيرين يبتعدون عنهم ، ولا يتعاطفون معهم ، وهناك من يعتقد بأن المريض النفسي يتحمل المسئولية عما أصابه من مرض ، ويمكنه أن يتخلى عن الأوهام والهلاوس والوساوس التي تتملكه دون مساعدة ، ومنهم من يتعامل مع هؤلاء المرضى على أنهم مثل الأسوياء ، ويمتنع عن تقديم المساعدة لهم لأن المرض بالنسبة لعامة الناس هو الإصابة العضوية الملموسة وليس الاضطراب النفسي ، وتمثل هذه النظرة هموما يعانى منها المرضى النفسيون وتزيد من معاناتهم .

وتمثل مسألة رعاية المريض النفسي في المجتمع مشكلة هامة حيث أن المريض يمثل عبئا كبيرا على أهله ، وتتأثر الأسرة التي يصاب أحد أفرادها بالمرض النفسي بصورة سلبية ، حيث يؤدى المرض إلى تدهور الحالة الاقتصادية والاجتماعية للمريض بما يؤثر على وضعه في السلم الاجتماعي ، كما أن الظروف الأسرية للمريض قد لا تكون سوية في كثير من الأحيان ، حيث يمكن أن يحمل بعض أفراد الأسرة استعداد للإصابة بالمرض النفسي.

وقد تسهم الظروف الأسرية في انتكاس حالة المريض وتأخر استجابته للعلاج وقد أصبحت دراسة أسرة المريض النفسي وطبيعة العلاج بينه وبين أفراد أسرته ومن يقوم على رعايته محل اهتمام متزايد في أبحاث الطب النفسي ،

وقد ثبت من خلال دراسة طبيعة وطريقة تعبير الانفعالات Expressed Emotions (EE) أن كثرة التدخل في شئون المريض Overinclusion من جانب الأسرة وتوجيه النقد Criticism إليه في مناخ من العداء Hostility يتسبب في انتكاس حالته بصورة متكررة ، وإضافة إلى ذلك فإن العوامل الاقتصادية التي تؤثر على حصول المرضى من ذوى الدخل المحدود على العلاج الملائم لهم بالأدوية النفسية غالية الثمن أدى إلى نوع من التفرقة في العلاج بين الأغنياء والفقراء ، حيث لا يستطيع الكثير من المرضى النفسيين تحمل أعباء العلاج في ظل تدهور حالتهم الاقتصادية ، وتمثل هذه المشكلات أعباءَ إضافية ، وهموما للمرضى النفسيين ترتبط مباشرة بحصولهم على حقهم في العلاج والرعاية .

## العنف والطب النفسي :

كان ولا يزال هناك مطالبة للطب النفسي بالإجابة على التساؤلات الخاصة بالعنف الذي يرتبط بالجريمة في مجتمعات العالم ، من حيث مسبباته ، وطبيعته ، وعلاقته بالأمراض النفسية ، وإمكانية التنبؤ به قبل وقوعه وسبب ذلك هو الفكرة التي تربط العنف بالمرض النفسي في الأذهان وهنا نقدم عرضا لهذا الموضوع في النقاط التالية :

غالبية جرائم العنف لا يرتكبها المرضى النفسيون ، والارتباط بين العنف والمرض النفسي لا تؤيده الحقائق والأرقام ، والفكرة السائدة عن خطورة المريض النفسي مبالغ بها ،

وهنا نشير إلى الإحصائيات والأرقام التي تم عرضها عن الجريمة وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية في موضوع سابق .

الخطورة هي إمكانية قيام المريض بتوجيه الأذى للنفس أو للآخرين، وهى إمكانية أو احتمال للعنف لا يمكن أن تصل إلى درجة التأكيد ، وتقدير هذا الاحتمال والتنبؤ به ليس أمرا سهلا بالنسبة للأطباء النفسيين ، فلا توجد قواعد محددة أو اختبارات نفسية تساعد في ذلك وقد ثبتت ذلك من خلال دراسة "هنري سيترسمان" في مدينة نيويورك على المرضى العقليين الذين يطلق سراحهم من السجن ، فكانت نسبة الذين أقدموا على تكرار جرائمهم لا تزيد عن 1% ، وفى دراسة قام بها "كوزول" 1972 تم تصنيف السجناء من المرضى قبل إطلاق سراحهم إلى مجموعتين بعد إجراء الاختبارات النفسية والبحوث الاجتماعية ، المجموعة الأولى تضم الذين يتوقع تكرارهم للجرائم ، والمجموعة الثانية لا يتوقع قيامهم بجرائم ، وبعد 5 سنوات كان ثلث عدد المجموعة الأولى قد ارتكبوا جرائم أخرى بالفعل ، بينما لم يقم سوى 8% من أعضاء المجموعة الثانية بتكرار الجرائم ، ويدل ذلك على إمكانية التنبؤ بالخطورة بنسبة الثلث ، وعدم الخطورة بنسبة أكبر تصل إلى 92% .

وهناك عوامل ترتبط بسلوك العنف يعود بعضها إلى الطفولة منها تعرض الشخص للقسوة وسوء المعاملة في الصغر ، أو التعرض للإثارة الجنسية والجنوح في المراهقة ، ونقص الذكاء وانحراف السلوك في سن مبكرة ،

كما أن عوامل أخرى قد تشير إلى احتمال قيام الشخص بأعمال عنف منها التاريخ السابق لأعمال إجرامية ، وتعاطي الكحول والمخدرات ، واضطراب الشخصية ، وعدم قدرة المريض على التحكم في تصرفاته.

يستطيع الطبيب النفسي خلال مقابلة المريض من خلال الملاحظةأن يستشف بعض الدلائل على خطورة المريض، منها تعبيرات عدم المبالاة ، أو الغضب، أو شعور الذنب ، أو الإحساس بالضياع وعدم الحيلة ، ومن المهم هنا التهدئة من روع المريض أثناء المقابلة، والتخفيف من انفعاله والاستفسار منه عن كل ما يدور بذهنه من أفكار، واتجاهاته نحو الآخرين ، ومن خلال كل ذلك يمكن التنبؤ بدرجة الخطورة والميل إلى ارتكاب أعمال عنف في حدود إمكانات الممارسة النفسية .

## الطبيب النفسي في المحكمة :

يتطلب عمل الطبيب النفسي في كثير من المناسبات أن يتعامل مع القضاء أكثر من غيره من الأطباء في مختلف التخصصات الأخرى ، وقد يتم استدعاء الطبيب النفسي إلى المحكمة للإدلاء بنوعين من الشهادة أولها الشهادة بالحقيقة Witness of fact ، وتعنى الشهادة العادية التي لا تحتاج إلى خبرة خاصة ، ويمكن أن يقوم بها اى طبيب في قراءة تقرير أو شرح بعض النقاط ، والنوع الثانيهو شهادة الخبير Expert witness وتتضمن المسائل المهنية التي تتعلق برأي الطب النفسي ،

وقد يكون ذلك لمصلحة أحد أطراف القضية في مواجهة رأى أخر ، أو كمستشار للقاضي قبل أن يصدر الحكم ، وتتطلب مثل هذه المواقف قدرا كبيرا من الدقة قبل إبداء الرأي ، وهنا يجب أن يكون واضحا له الأمر المطلوب تقييمه ، وعليه أن يتجنب الانحياز إلى أي طرف أو التأثر الذي يؤثر على الحياد ، ويحدد بدقة هدف التقييم ، ويجرى الفحص النفسي من خلال المقابلة وجمع المعلومات والملاحظة ، تبعا للقواعد الطبية التي يلتزم بها .

وقد تكون المشكلة المطلوب تقييمها هي تحديد القوى العقلية لمتهم ارتكب إحدى الجرائم ، ويطلب الدفاع عنه إعفاءه من المسئولية لإصابته بالجنون ، وأنهلا يعرف الصواب من الخطأ ، ولا يتحكم في إرادته ودوافعه ، فكيف يقوم الطبيب النفسي بتقييم ذلك ؟

إن الدلائل التي يعتمدها الطبيب النفسي في تقييم الجنون هي في البداية أن يضع تشخيصا مبدئيا للحالة على أنها مرض عقلي ، ويتأكد من وقوع المريض تحت تأثيره أثناء الجريمة ، وإذا ما كان هناك دافع أو هدف مادي ، أو للانتقام ، حيث أن غياب الدافع يرجح تأثير المرض العقلي ، وكذلك فإن التخطيط المحكم قبل وبعد الجريمة يدفع للشك في الإصابة بالجنون ، وإذا كان المريض لديه تاريخ مرضى سابق أو طباع غير مألوفة، ومحاولات عدوانية سابقة فذلك يمكن أن يساعد على تشخيص الإصابة بالمرض العقلي .

والدلائل التي يستدل بها الطبيب النفسي لمعرفة قدرة المريض على التمييز بين الصحيح والخطأ أهمها محاولات المتهم تفادى كشف الجريمة ومحاولاته للتخلص من الأدلة ، والإفلات من القبض عليه وهذا يدل على تمييزه ومعرفته لما يفعل ، أما إذا كان تحت تأثير الهلاوس والأوهام، وتحدث بنفسه عن العمل الذي ارتكبه دون الشعور بالذنب وتأنيب الضمير فإن ذلك يدل على عدم قدرته على تمييز الخطأ فيما فعل .

وبالنسبة للإرادة - أو القدرة على الاختيار والتراجع - فليس سهلا تقديرها بالنسبة للطبيب النفسي ، غير أن الاستدلال بقدرة المتهم على تأجيل ارتكاب جريمته إلى الوقت المناسب يشير إلى تحكمه في دوافعه ، ويجب أن يميز الطبيب النفسي بين الدوافع الحقيقية والدوافع الوهمية التي تدل على المرض العقلي ، وإذا ما كان الدافع من الممكن السيطرة عليه لتحويله إلى عمل أخر أقل خطورة من الجريمة التي ارتكبها المريض .

وهناك حقيقة اتفق عليها الأطباء النفسيين مع رجال القانون هي أن الجرائم التي تتم تحت تأثير المواد المخدرة والمسكرات التي يتعاطاها الشخص بإرادته لا يمكن أن يتم إعفاء مرتكبيها من المسئولية ، أما إذا تناول هذه المادة رغما عنه أو دون علمه فإن ذلك له حكم قانوني أخر .

## المريض النفسي أمام العدالة :

لرجال القانون من المستشارين والقضاة ، ورجال النيابة والشرطة مكانة خاصة في المجتمع وهم يتمتعون عادة بقدرات خاصة ووضع متميز لكنهم جميعاً لا يفترض أن تكون لديهم معلومات طبية دقيقة حول الأمراض النفسية ، وكثيراً ما يواجه هؤلاء ببعض المرضي الذين يعانون من حالات اضطراب نفسي وخلل في قواهم العقلية حين يمثلون أمامهم بسبب تورطهم في بعض الجرائم والمشكلات القانونية ، ولا يمكن أن يطلب احد من رجال القانون دراسة الطب والعلوم النفسية مثل المتخصصين لفهم حالة المرضي النفسيين ودوافعهم لارتكاب بعض الأعمال بحكم حالتهم المرضية ، وان الجريمة التي يرتكبها المريض العقلي ربما تكون بسبب إهمال رعايته بواسطة أسرته ، أو قصور في الخدمات العلاجية التي تقدمها له المستشفيات والمصحات العقلية ، ولا دخل للمريض شخصيا في التغييرات الكيميائية التي حدثت داخل رأسه وأسفرت عن تفاقم أعراض المرض العقلي لديه وأثرت علي حكمه علي الأمور حين فعل ذلك وهو لا يدرك انه قد خرج علي القوانين والقواعد ودخل تحت طائلة العقاب .

والمريض النفسي حين يمثل أمام القضاء بسبب اى اعتبارات قانونيةفإن علي قضاته أن يأخذوا في الاعتبار أن تغييراً ما أصاب هذا الإنسان وتسبب له في خلل عقلي ، تدريجياً أو بصورة مفاجئة ، واسهم في النهاية في تصرفه علي هذا النحو ،

وارتكابه لأفعال لم يكن ليقوم بها في حالته الطبيعية ، والصعوبة التي تواجه رجال القانون في التعامل مع الحالات النفسية هي أن طبيعة المرض العقلي قد تكون واضحة ويمكن التعرف علي أعراضه بسهولة ، وقد تكون غامضة بحيث يبدو المريض طبيعيا في بعض المواقف لأن الخلل العقلي جزئي في بعض جوانب وجدانه وتفكيره وسلوكه ، ولا يشمل كل جوانب شخصيته ، وفهم حالة المريض النفسي حين يقف أما القضاء مهمة شاقة لأن المريض نفسه لا يمكنه وهو في حالة التشويش العقلي الدفاع عن نفسه وتوضيح موقفه، والقاضي ليس متخصصاًفي الطب النفسي يعلم تفاصيل أسباب وأنواع ومظاهر الاضطرابات النفسية المختلفة.

وفي بريطانيا علي سبيل المثال فقد أوردت نشرة " خدمات الحكومة الإحصائية " Government Statistical Service الصادرة في عام 1998 حول "الأمراض النفسية بين نزلاء السجون في انجلترا وويلز " Psychiatric Morbidity Among Prisoners in England and Wales هذه الأرقام :

تم مراجعة حالة 3142 من المسجونين من بين 63226 سجيناً.

العمر بين 16-65 سنة .

حالات اضطراب الشخصية من النوع المضاد للمجتمع Antisocial تم تشخيصها في غالبية السجناء بنسبة 63% من الرجال و 31 % من النساء .

نسبة الذين يعانون من أمراض عقلية ذهانية 7% من نزلاء السجون المحكوم عليهم للمرة الأولي ، وتزيد إلي 10 في الرجال و 14% في النساء الذين تكرر دخولهم للسجن . ونحن نذكر هذه الأرقام هنا لأن هؤلاء المرضي النفسيين من نزلاء السجونلا يجب أن يكون المكان الذي يحتجزون فيه لقضاء العقوبة هو السجن بل يجب تواجدهم داخل مستشفيات عقلية تقدم العلاج والرعاية كما ينص علي ذلك قوانين هذه المجتمعات المتحضرة .

وبالنسبة للمرضي النفسيين في مواجهة القضاء فإننا نذكر هنا بعض المشكلات العملية التي تواجه الحكم علي قواهم العقلية حين يقف الواحد منهم في حالة غضب ينظر إلي الذين يقومون بالتحقيق معه أو حين يكون هادئاً غير مكترث مما قد يؤثر علي الانطباع عنه ، فقد يفهم من رد فعل المريض أن لديه إصرار علي الخروج علي القانون أو انه غير مكترث بما فعل دون وازع من ضمير رغم أن كل ما يبدو علي المريض هو مظاهر لحالة الاضطراب العقلي لديه لا دخل له فيها.

وهناك نقطة هامة حول مثول المرضي النفسيين أمام القضاء مروراً بجهات التحقيق المختلفة يمثل ضغطاً نفسياً هائلاً علي هؤلاء المرضي الذين يعانون أصلا من إجهاد نفسي ولا تحتمل حالتهم المزيد ، وقد يؤدى ذلك إلي تفكير بعضهم في الإقدام علي الانتحار ، ومن المشكلات العملية التي يجب الإشارة إليها هنا تأثير العدالة البطيئة حين تطول إجراءات التقاضي في بعض النزاعات ،

والأثر النفسي السلبي لذلك علي الحالة النفسية للأشخاص الذين يضطرون لمواجهة مثل هذه المشكلات ، والبقاء لفترات طويلة في انتظار الأحكام وإنهاء ما يعانون منه وهمفي حالة قلق وترقب ومعاناة نفسية.

والكلمة الأخيرة بالنسبة للمشكلات العملية التي تنشأ عن مواجهة المرضي النفسيين للإجراءات القانونية ومثولهم للتحقيق وأمام القضاء هي أن حالة هؤلاء المرضي لابد أن تؤخذ في الاعتبار ، وعلي كل من يتعامل معهم أن يدرك انه يتعامل مع إنسان في حالة غير طبيعية نشأت عن تغيير في كيمياء المخ لديه أدى إلي اضطراب عقله وسلوكه ، وان هذا المريض لا دخل له في كل ذلك .

## التمارض أو إدعاء المرض Malingering

يمثل التمارض أو ادعاء المرض إحدى لمشكلات العملية التي تواجه الأطباء في العيادات النفسية ، والتمارض هو تصنع الإصابة بالمرض والمبالغة في إظهار أعراضه لتحقيق هدف واضح ، ويختلف ذلك عن حالات نفسية أخرى هي اضطرابات اختلاق المرض Factitious disorders التي تكون أسبابها نفسية خفية ، أو حالات الهستريا Hysteria التي يكون الدافع فيها تحت مستوى العقل الواعي .

و يدرك أولئك الذين يتظاهرون بالإصابة بأعراض مرضية مزيفة جيداً ما يقومون به ، ولديهم الدوافع الواضحة للرغبة في أن يبدوا وكأنهم مرضي ومع ذلك توجد حالات كثيرة يظهر فيها المرضي أعراضا مرضية دون وجود خلل عضوي لديهم وهم علي غير وعي - كلياً أو جزئياً - برغبتهم في التضليل أو بالمكاسب التي يطمحون إلي تحقيقها ، لذا فإن التعرف السليم علي هذه الضروب من ادعاء المرض يمكن أن تؤدي إلي تجنب الأبحاث والفحوص الطبية المتكررة دون داع ، في حين يتيح فرصة تقديم العلاج الملائم - طبياً كان أم نفسياً - لمن تتطلب حالته ذلك .

ويعني التمارض Malingering التظاهر بأعراض المرض أو إظهارها أو إطالة أمدها بغرض التنصل من الواجبات ، وقد كان هذا المصطلح ينطبق أصلا علي الجنود والملاحين الذين يريدون تجنب أداء الخدمة العسكرية ، وقد تضمنت الحملة الإعلامية التي شنتها القوات المعادية علي جيوش الحلفاء إبان الحرب العالمية الثانية إسقاط منشورات توجه إلي كيفية محاكاة أمراض معينة ، ويمكن أن يشمل ذلك بوضوح دوافع واسعة النطاق ، فأحد الأمثلة علي ذلك مدمن المخدرات الذي يحضر إلي قسم الطوارئ يشكو من مغص كلوي مثلاً ليحصل علي عقار "البثدين " المخدر !

وغالباً ما يظهر أن المطالبين بالتعويضات هم من المتمارضين Mallingerers الذين يشجعهم علي ذلك دون شك المكافآت المالية الضخمة الذائعة الانتشار والتي تمنح للبعض من ضحايا الحوادث أو الإهمال ، وربما ساعد علي الميل لتضخيم الأعراض المرضية كذلك ضرورة وجود عجز مرضي بشهادة الطبيب يبرر الحصول علي أجازة مرضية من العمل لعدة أيام أو الحصول علي مكاسب معينة .

**التمارض الحقيقي : Real Malingering**

يكون المتمارض الحقيقي مدركاً ليس فقط لحقيقة أنه يقوم بتزييف الإصابة بالمرض بل للغاية التي يطمح إلي إنجازها من وراء ذلك ، ويصعب التحقق من مدي انتشار مثل هذا السلوك نظراً لأن الأطباء يميلون إلي تصديق ما يخبرهم به مرضاهم ، نظراً لصعوبة إثبات الخداع المدروس الذي يأتي في الغالب نتيجة لاختلاط دوافع علي مستوي الوعي Conscious مع أخري في العقل الباطن Unconscious.

ومهما كان الأمر فإن من الأهمية التعرف علي حالة التمارض لعدة أسباب أولها أن الإخفاق في التوصل إلي ذلك قد يؤدي بالمريض إلي إجراء المزيد من الفحوص الطبية المكلفة وغير الضرورية مما يسبب له الضرر فالبعض قد يتم علاجهم بطريقة غير سليمة فيما تترك الجذور النفسية الحقيقية لحالتهم دون أن تولي الاهتمام ،

ويترتب علي ذلك أن يتجه بعضهم إلي مختلف المستشفيات والأطباء بما يهدر الوقت ويسبب الإحباط ، وثاني الأسباب أن الأطباء عادة ما يتم توجيه الدعوة إليهم كخبراء للشهادة أمام المحاكم لتقديم المشورة فيما إذا كانت حالة العجز المرضي الحقيقي ، وذلك في حالة أولئك الذين يسعون للحصول علي مكافآت مالية ، أو الذين يحاولون التنصل من إجراءات العدالة الجنائية .

ولا ينبغي أن يتم التوصل إلي استنتاج أن الشخص متمارض ولا يعاني من أي من الاضطرابات النفسية علي أساس الحكم الشخصي علي سلوكه ، فأولئك الذين يعانون من الهيبوكوندريا Hypochondriasis أو الوساوس المرضية Obsessions علي سبيل المثال لديهم هموم فيما يتعلق بحالتهم الصحية يفوق ما يحدث من أي خلل عضوي ، وكنتيجة لذلك فإنهم يبدون في عيون أطبائهم كما لو كانت حالتهم أسوأ بكثير عما هي بالفعل ، وبعيداً عن أي محاولة للتضليل فأن هؤلاء المرضي يحاولون لفت الانتباه إلي شيء ما يتسبب في معاناتهم من قلق حقيقي .

ومن الباعث علي الحيرة أن هذا السلوك المرضي قد يطلق علية في بعض الأحيان "السلوك الهستيري" Hysterical behaviour رغم أن بعض الباحثين النفسيين يعتقد أنه سلوك تم تعلمه ، ومن ناحية أخري فإن المريض الذي يتظاهر بالمرض غالباً ما تتحسن حالته بصورة ملحوظة حين يعتقد أنه غير مراقب ،

وقد تم الحصول علي أدلة موضوعية في صورة تسجيلات بالفيديو لحالات بعض الأمهات وهن يحاولن إحداث اعتلال صحي في أطفالهن عن طريق إعاقة التنفس للصغير، وهذه الحالة من"متلازمة منشوسي بالوكالة" Munchausen's by proxy كانت من الأمور المقبولة لدي المحكمة ، وكبديل فإن المعلومات المتواترة عن شهود عيان مستقلين يمكن أن تكون ذات قيمة خصوصاً إذا ما ارتبطت بمجموعة متآلفة من الأعراض المرضية التي لا تتفق مع أي تشخيص لمرض معروف ، ومن العوامل الأخرى التي تشير إلي التمارض وجود مكسب واضح من الإصابة بالمرض ، وكذلك وجود تاريخ مرضي سابق لسلوك مماثل .

**الهستيريا : Hysteria**

هناك أعراض مرضية مزيفة متماثلة لدي المرضي بحالة التحول الهستيري Hysterical conversion مثل العمى Blindness التام المفاجئ ، أو الإصابة بالشلل Paralysis في أحد الأطراف ، لكن هذه الأعراض ليست في نطاق التحكم الإرادي إذا ما قورنت بتلك التي تنشأ عن التمارض ، ولذلك فان المرضي يشكون منها كما لو كانت حقيقية ، وعلاوة علي ذلك فإن ما ينجم عنها من تخفيف لمشاعر القلق وتلقي الدعم والتعاطف ليست بالأمور المعالجة علي مستوي الإدراك . ومن الناحية العملية فان حالات التحول الهستيري الحقيقية تعتبر نادرة الحدوث، وتقف علي طرف النقيض من التمارض علي محور السلوك الواعي وغير الواعي ،

ويقع غالبية المرضي الذين يبدون أعراضا لأمراض يشك في أصلها علي طول ذلك المحور ، وأحد الأمثلة التي نعرض لها فيما بعد حالة " متلازمة منشوسن " Munchausen syndrome التي تتضمن سلوك اصطناعي Factitious مدروس لأعراض المرض ، لكن بالنسبة للدوافع فإنه يصعب علي المريض نفسه فحصها ، وذلك ما حدا إلي إطلاق مصطلح الاضطراب المصطنع Factitious disorder عليها كوصف أكثر دقة من التمارض ، وهذا التداخل بين الأمور الإرادية وغير الإرادية قد يجعل من الصعوبة بمكان بالنسبة لكل من الأطباء أو الأطباء النفسيين التمييز بين هذين النوعين خاصة في حال وجود خلل عضوي مصاحب ، وكمثال علي ذلك فعند تتبع حالة 85 من الهستيريين لمدة تسع سنوات فقد وجد أن ثلثهم لديهم مرض عضوي كان الأساس في ما يعانون من أعراض .

**حالة الشكاوي جسدية الشكل Somatoform :**

تعرف هذه الحالة أيضاً بمتلازمة بريكية Briquet syndrome ، وتتميز هذه الحالة - وهي في الغالب حكر علي النساء - بوجود شكاوي بدنية متعددة تبدأ عادة في مرحلة النضج المبكرة ، ورغم كثرة الفحوص الطبية فلا يمكن الاستدلال علي وجود أي خلل عضوي ، كما أن المريضة لا تكون مدركة لوجه التضليل في هذه الحالة ،

ويتجه هذا النمط المرضي إلي التكرار علي مدي سنوات عديدة ، غير أن الدراسات تثبت أن هؤلاء السيدات لا يتقدم بهن الحال فيصبن بعلل حقيقية كمضاعفات لهذه الحالة .

**الاضطرابات " الاصطناعية " :Factitious disorders**

يعني ذلك الحالات المرضية التي يتم إحداثها بواسطة المريض نفسه ، ومن الأمثلة الشائعة علي ذلك إدخال أشياء غريبة في فتحات الجسم ، وابتلاع الزجاجات أو المقصات ، فالسلوك الفعلي هنا مدرك تماماً ومدروس إلا أن الدوافع لارتكابه ليست كذلك ، وعادة ما يتم اكتشاف مثل هذه الحالات مبكراً مع القليل من المحاولة لكشفها ، غير أن بعض المرضي لديهم المهارة لتأخير اكتشافهم ، مثل المريض الذي يدأب علي استخدام الملينات حني يسمح لنفسه بإجراء الكثير من الفحوص الطبية الخاصة بمرض عسر امتصاص الطعام .

**متلازمة " منشوسن " Munchausen syndrome:**

يذكر أن متلازمة " منشوسن "هي مثال علي اصطناع أعراض المرض علي مستوي الإدراك وذلك في الوقت الذي توجد فيه دوافع غير مدركة وراء هذا الفعل ، وقد تم إطلاق هذه التسمية للمرة الأولي بواسطة "آشر" Asher كوصف للمرضي الذين يتظاهرون بالإصابة بأعراض مرضية حادة حني يتم إدخالهم إلي المستشفي ، وهم يقومون بوصف تاريخ مرض مقبول ظاهرياً - قبل أن يثبت تزيفه فيما بعد - لألم حاد في البطن

بما قد يؤدي إلي إجراء عملية استكشاف جراحي لهم ، والواقع أن أحدي السمات المميزة لهذه المتلازمة هي الآثار المتعددة لعمليات جراحية سابقة والتي تظهر في جدار البطن للمريض ولا يكون أخرها قد اكتمل التئامه بعد ، كما تم وصف حالات من نوع أمراض القلب والتنفس ، وفي كل هذه الحالات في الغالب يضطر المريض إلي مغادرة المستشفي فوراً بمجرد مواجهته كي ينتقل إلي منطقة أخري حديثة لا يكون معروفاً فيها ليقوم بتكرار هذه العملية .

وقد يضاعف من اضطراب الشخصية لدي هؤلاء المرضي وجود الاكتئاب أو الميول المازوشية Masochistic الحادة كما أن لديهم جميعاً - علي وجه التقريب - سجلاً إجرامياً ، وهم غالباً ما يعانون من مشاعر العزلة حيث يجدون صعوبة في تكوين علاقة عاطفية دائمة ، والبعض منهم هم من الفاشلين من طلاب الطب والتمريض مما يجعل اكتشافهم أمراً صعباً لما لديهم من معرفة دقيقة بالأمراض الحقيقة ، وتتعثر غالباً عملية العلاج لأن المريض يضطر للاختفاء ، غير أن العلاج الجماعي لهؤلاء المرضي قد يحقق علي الأقل نجاحاً جزئياً

ومتلازمة "منشوسن بالوكالة" Munchausen's by proxy هي واحدة من ضروب هذه الحالة حيث يقوم أحد الوالدين - الأم في العادة - بإحداث المرض المصطنع في طفلها ، وقد يفضي ذلك إلي موت الصغير ،

وفي حالة وجود أدلة قوية علي ذلك يجب اتخاذ خطوات لنقل حضانة الطفل حني يتسنى فحص حالة الأم بدقة لتحديد المخاطر التي يمكن أن يتعرض لها هذا الطفل أو أي من أخوته ، وضحايا هذه الحالة من الصغار قد يصابون هم أيضاً بنفس متلازمة " منشوسن " بدورهم حين يكبرون .

**عصاب التعويض compensation neurosis:**

من المفترض أن ضحايا الحوادث يتعرضون للإصابة بثلاث من المتلازمات غير العضوية ، فحالة اضطراب ما بعد الصدمة ( Posttraumatic stress disorder (PTSD هي مرض عصابي حقيقي يتميز بالقلق واضطراب النوم والعودة بالذاكرة إلي مشاهد الحدث أو الصدمة ، وهو نتيجة مباشرة تترتب علي الضغط الذي نشأ عن التعرض للصدمة ، ويعتقد البعض أن عصاب التعويض ينطوي في كثير من الحالات علي قدر كبير من الاصطناع ، غير أن الجزم بمدي كون الأعراض في هذه الحالة علي مستوي الوعي أم العقل الباطن هو من الأمور الصعبة ، ومن المؤكد أن الكثير من الضحايا يعانون بشدة ولا يتحقق لهم الشفاء علي أي وجه كما كان يعتقد من قبل بمجرد أن يتم تسوية مسألة التعويض ، فقد أظهرت دراسات المتابعة بوضوح أن الكثيرين يصابون بإعاقة شديدة تستمر لوقت طويل خاصة إذا ما تحولت هذه الأعراض إلي شكاوي جسدية

**خلاصة :**

ربما تكون حالة التمارض الصرف غير الشائعة الحدوث من الناحية العملية ، وقد يكون المرضي غير مدركين - علي الأقل جزئياً - أنهم يقومون بتزييف أعراض المرض أو المبالغة فيها ، أو أنهم لا يدركون ما يطمحون إلي تحقيقه بفعلهم هذا ، وإطلاق الأحكام في هذا المقام ليس بالأمر الذي يساعد علي الحل حيث أن ذلك يؤدي في الغالب إلي حرمان الفرد من تلقي العلاج الملائم سواء كان طبياً أم نفسياً .

دلالات التمارض Signs of Malingering

1- دليل سلوكي موضوعي حيث تتحسن الحالة حين يظن المريض أنه غير مراقب أو عند التسجيل بالفيديو .

2- دليل يستقي من شاهد مستقل .

3- وجود دوافع واضحة أو مكسب من اظهار أعراض المرض .

4- تاريخ مرضي سابق للتمارض .

الهستيرياHysteria

- لاتخضع الاعراض للتحكم الارادي وتكون ذات مغزي رمزي Symbolic التمارض Malingering

- الاعراض تحت التحكم الارادي voluntary تماماً

- علاقة متزامنة بين ظهور الأعراض والصراع Conflict النفسي - لايوجد صراع نفسي واضح

- يتمكن المريض عن طريق الأعراض المرضية من الحصول علي المساندة وتجنب القلق (المكسب الثانوي Secondary gain ) - يوجد دافع واضح يمكن التعرف عليه خلف اظهار هذه الاعراض

نقاط عملية

أهمية أكتشاف التمارض :

1- تجنب الفحوص الطبية المتكررة وغير الضرورية

2- يؤدي الاخفاق في ذلك إلي علاج طبي وجراحي غير ملائم دون الاهتمام بالجذور النفسية الحقيقية للحالة .

3- هدر الوقت والموارد بتكرار عرض حالات التمارض التي يتم اكتشافها علي الأطباء وفي المستشفيات .

4- قد يتم توجية السؤال إلي الأطباء وطلب شهادتهم كخبراء لتقديم المشورة حول ما اذا كانت الاعاقة حقيقية .

وهناك عدة أسباب تدفع إلى إدعاء المرض منها التهرب من العقاب ، والهروب من المسئولية أو الحصول على مكاسب مادية ، أو الغياب عن العمل ، أو الحصول على الأدوية والمساعدات ، ورغم أن الخبرة في ممارسة الطب النفسي هي العامل الرئيسي في كشف مثل هذه الحالات إلا أن هناك علامات للاستدلال على كذب الذين يقومون بإدعاء المرض منها :

- الإجابة على الاستفسارات بإجابات كثيرة وبصوت رفيع النبرة .

- علامات التردد والأخطاء ، وزلات اللسان .

- الكلام غير المباشر البعيد عن الموضوع،واستعمال الإشارات بكثرة في الحديث .

- عدم الارتياح ، والابتعاد عن الشخص الذي يتحدث معه ، وكثرة حركات العين واتساع الحدقة .

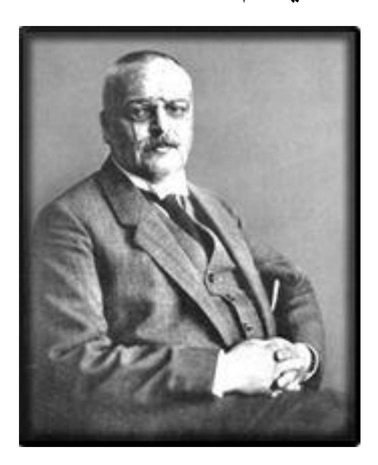
- تعبيرات الوجه لا تتماشى مع مضمون الحديث حيث يختلف ما يظهر من تعبير عن مضمون الكلام أثناء الكذب .

ومع ذلك فهناك بعض الأشخاص لديهم المقدرة على الإقناع رغم إنهم يلفقون الكلام الذي تدربوا على الحديث فيه قبل ذلك ، وقد يظهرون انفعالات تخفى أي علامات تكشف الكذب ، ولديهم القدرة على اختلاق القصص ، والجرأة في النظر إلى محدثهم دون ارتباك .

ومن خلال العمل في الطب النفسي فإن حالات التمارض وحالات التظاهر بالجنون يكون عادة من السهل علي الطبيب النفسي اكتشافها خصوصا إذا لجأ المتمارض إلى المبالغات غير الواقعية التي تكون أقرب إلى التمثيل ، ويتم ذلك من خلال ملاحظة المبالغة في الأعراض ، والتصنع، والامتناع عن الإجابة عن الأسئلة البسيطة ، ومحاولة جذب الانتباه ، والتناقض في الأعراض التي لا تتفق مع أعراض أي مرض نفسي معروف ، وقد يتم اللجوء إلى الاختبارات النفسية أو القياس Psychometry التي كثيرا ما تساعد في الوصول إلى التشخيص في الحالات التي يتعذر فيها الحكم على حالة المريض.

**العته.. مرض الزهايمر ومشكلات المسنين**

يختلف مرض الزهايمر عن حالة ضعف الذاكرة المعتادة في الشيخوخة حيث يتفق الجميع علي أن تقدم السن يرتبط بالنسيان ، ويقولون إننا حين نكبر فلا مانع من بعض الخرف المقبول من المسنين ، لكن الحالة المرضية هنا التي وصفها الطبيب الألماني الزهـــايمـــــــــر ( 1864 - 1915 ) وذكرت تفصيلها في عام 1905 هي تدهور عقلي وسلوكي عام وليس فقط النسيان أو اضطراب الذاكرة .



وهي نوع من الحالات النفسية والعصبية يشبه إلي حد كبير حالات التخلف العقلي في الأطفال حيث أن القوى العقلية بصفة عامة تقل كثيراً عن المتوقع  في مثل هذا السن ، ونحن عادة ما نقوم بتشبيه المتخلف عقلياً بشخص لديه فقر شديد ( في قدراته العقلية ) لكنه فقير من البداية ولم يكن غنياً في اى وقت ،

أما حالات العته Dementia التي يعتبر مرض الزهايمر واحداً منها فإنها تتمثل في شخص غني فقد ما لديه وأصبح فقيراً ( من الناحية العقلية طبعاً ) .. هذا عن المرض فماذا عن المرضي !؟ .

## حقيقة مرض الزهايمر :

تشير الإحصائيات إلي أن 18-20 مليون شخص في العالم يعانون من مرض الزهايمر، منهم نسبه كبيرة في الدول المتقدمة ونسبة اقل في الدول النامية ، ويصيب المرض 5% ممن فوق سن 60 سنة ويطلق عليهم صغار وكبار المسنين ، أما الطاعنون في السن ممن تزيد أعمارهم عن 85 سنة فإن نسبة الإصابة تتزايد لتصل إلي 20% أو تزيد تالي النصف ( أي 2 إلي 5 من كل 10 ) ، وإذا علمنا أن نسبة المسنينفي الدول المتقدمة في أوربا والولايات المتحدة تتراوح بين 15%-22 % ، وفي الدول النامية بين 5%-12 % فإن عشرات الملايين من المتقدمين في السن يحتمل إصابتهم بهذا المرض .

**مرض "الزهايمر و مشكلات الذاكرة:**

كشف الطب الكثير من أسرار وخفايا هذا المرض ، فالمشكلة الرئيسية هي فقدان خلايا المخ العصبية بالضمور مما يؤدى إلي قصور في الوظائف التي تقوم بها وأولها العمليات العقلية، ويظهر ذلك في الغالب تدريجياً بالنسيان وضعف الذاكرة خصوصاً بالنسبة للأحداث القريبة Recent memory دون تأثر الذاكرة البعيدة Remote memory مع امكانية تذكر تفاصيل من الماضي البعيد منذ أيام الطفولة والصبا ويتطور الأمر إلي تدهور اكبر في الذاكرة حيث ينسي المريض أسماء الأقارب والأهل حني الزوجة والأبناء الذين يعيشون معه ، ولا يستطيع الاهتمام بنفسه أو ارتداء ملابسه ، وينسي انه تناول الطعام فيطلبه مرة أخرى ، ولا يعرف الأوقات فيطلب الخروج بعد منتصف الليل ولا يذكر أيام الأسبوع وشهور وفصول السنة ، ويحاول في البداية التغلب علي ضعف الذاكرة بوضع الأشياء بترتيب محدد فإذا انتقل أي شئ من مكانه أحس بارتباك وتوتر شديد .

ويبدأ الزاهايمر بإصابة المريض بفقدان غامض للذاكرة ويتطور سريعا. ويفقد المصابون بالزهايمر القدرة على التعرف على الأماكن أو من يحبونهم ولا يستطيعون الاهتمام بأنفسهم.

كما أن المرض يستمر بين ثمانية إلى عشر سنوات، بالرغم من أن بعض المصابين به قد يموتون في مرحلة مبكرة أو قد يعيشون لفترة 20 عاما.

ويمكن للعلاج أن يساعد على إبطاء تطور الزهايمر ولكن لا يمكن الشفاء من المرض ويُكتشف المرض بوجود رقع plaques وكتل tangles حول وداخل خلايا المخ.وتتكون الرقع من نوع من البروتين الموجود بالمخ بينما تتكون الكتل داخل الخلايا العصبية بفعل تشوه يصيب بروتينا أخر، وبموت الخلايا العصبية يتقلص المخ ويفقد مظهره المتجعد.

ومن حالات العته أو الخرف التي تحدث في الشيخوخة وفي صغار السن أيضا ما يشه مرض الزهايمر ، ولكن لأسباب يمكن التعرف عليها بفحص المريض مثل تصلب الشرايين وأمراض المخ والأعصاب والأمراض المزمنة وتعاطي المخدرات والكحوليات ، وبعض هذه الحالات قابلة للعلاج إذا تم التعامل مع أسبابها فيختلف ذلك عن مرض الزهايمر الذي لا يستجيب للعلاج وتستمر حالة المريض إلي التدهور بمرور الوقت .

ويمثل مرض الزهايمر مشكلة كبرى في الدول المتقدمة ، ويستحوذ علي اهتمام الجهات الصحية والخدمات النفسية والاجتماعية ، ومع تزايد أعداد المسنين فإن دور رعاية المسنين لا تستوعب سوى 4% منهم فقط بينما يبقي 96% في منازلهم ونسبة كبيرة منهم لا توفر من يقوم برعايتهم ويعيشون بمفردهم ، ومن هنا بدأ التفكير في تقديم خدمات للمسنين في أماكنهم تشمل الرعاية الصحية بواسطة زائرين يقومون بالمرور عليهم في منازلهم وعربات تحمل لهم الطعام،

لكن كل ذلك ممكن في حالة المسن الذي يعيش الشيخوخة العادية ، أما عند الإصابة بمرض الزهايمر فإن هذه الخدمات لا تكون كافية حيث أن التدهور العقلي يجعل المريض يرتكب أفعالا غريبة وأحيانا يكتشف ذلك الجيران حين يبدأ في مهاجمتهم ، أو يترك المنزل ولا يعرف كيف يعود إليه مرة أخرى ، أو يتوهم أن أشخاصا يتكلمون معه أو يخططون للاعتداء عليه ، وكل هذه التوهمات والأفعال بتأثير حالة المرض علي العقل

ويؤدى وضع هؤلاء المرضي في دور المسنين إلي تدهور سريع في حالتهم ، والحل الأمثل هو علاجهم ورعايتهم في أماكنهم مع أقاربهم ، ولعل ذلك يقودنا إلي العودة إلي المنظور الإسلامي رعاية المسنين ، والتوصية التي تكررت في آيات القرآن الكريم والأحاديث النبوية بضرورة رعاية الأبناء للآباء في الكبر ، ويمثل ذلك الوقاية والعلاج لمشكلات الشيخوخة التي تزايدت بصورة حادة في العصر الحديث الذي ينفصل فيه الأبناء ويتركون الآباء والأجداد لمواجهة الحياة بمفردهم في الشيخوخة .

وقد تركزت الأبحاث حول محاولات التوصل إلي أسباب الإصابة بمرض الزهايمر والتدهور العقلي الذي يحدث نتيجة لذلك وتشير الدلائل إلي تغييراتفي بعض المواد الحيوية التي يتم إفرازها في مراكز الجهاز العصبي ويتطلب أداء الأنشطة والوظائف العقلية المعتادة أن يظل إنتاج هذه المواد مستمراً لمنع الاختلال في الوظائف العقلية مثل الذاكرة ، والتفكير ، والسلوك ، ودورة النوم واليقظة ،

ومن هذه المواد تم اكتشاف تأثير الاستيل كولين Acetyl choline وهو من الناقلات العصبية التي يرتبط نقص مستوياتها في مراكز المخ العليا بأعراض الخرف والعته الذي يحدث في الشيخوخة وبمرض الزهايمر ، ومن هنا فقد أمكن التوصل إلي بعض العقاقير التي تزيد فعالية هذه المادة وتسبب وقف تدهور الحالة إذا استخدمت مبكراً في حالات مرض الزهايمر

يعرف الجميع أن من أهم ما يميز الشيخوخة ما يصيب ذاكرة كبار السن حيث يأخذون في نسيان كل شيء ، ولا يقتصر النسيان على ذكرياتهم القديمة أو بعض المناسبات والمواعيد الهامة بل يمتد ليشمل أسماء أصدقائهم وأفراد عائلتهم، حتى بات النسيان وضعف الذاكرة مرتبطاً بالشيخوخة رغم أن كل الناس صغاراً وكباراً قد لا يذكرون بعض الأشياء في كثير من الأحيان.

إن تدهور الذاكرة في الشيخوخة أمر هام،وهو جد لا هزل فيه ، وهو بلية حتى إذا بعث أحياناً على الضحك، والحقيقة أن أشياء أخرى يصيبها التدهور في نفس الوقت بعث أحياناً على الضحك،والحقيقة أن أشياء أخرى يصيبها التدهور في نفس الوقت منها السمع والبصر والحركة،وأمر هذه قد يهون فالسماعات الطبية قد تساعد على السمع،والنظارات قد تساعد على الإبصار، والحركة قد يحل مشكلتها جزئياً استخدام عصا أو كرسي متحرك،لكن الذاكرة لا يوجد لها حتى يومنا هذا آي شيء يساعد على استرداده أو دواء ضد النسيان.

ووظيفة الذاكرة تتكون من مراحل ثلاث ، الأولى هي تسجيل المعلومة سواء كانت واردة إلينا بالسمع أو بالمشاهدة ، ثم اختزانها في الذاكرة، وأخيراً استدعاء هذه المعلومة عند الطلب ، وهذه العملية تشبه ما يحدث بالكمبيوتر حيث يفترض أن المعلومات بعد رصدها توضع في ترتيب خاص أشبه بأرفف محلات البقالةأو علب الدواء بالصيدلية حيث يتجمع كل نوع في مكان محدد يسهل الوصول إليه عند طلبه، وتماماً مثل ما يحدث حين نطلب الدواء من الصيدلي فيتجه إلى مكان محدد يجده فيه ويحضره فإن الذاكرة في الأحوال العادية تعنى أننا حين نتذكر آي شيء سواء كان معلومة أو اسم شخص أو مكان فإننا - بعملية تلقائية - يمكن أن نصل إلى ما نريد فوراً من بين ما تزدحم به الذاكرة من مواقف ومعلومات وأسماء تم تسجيلها واختزانها بها منذ بداية عهدنا في الحياة ، ويصيب الاضطراب هذه العملية التلقائية في الشيخوخة، وأكثر المراحل تأثراً تكون مرحلة استدعاء المعلومات ، فترى الشخص المسن يبذل جهداً ليتذكر اسم شيء ولا يستطيع ، ولكنه قد يذكر هذا الشيء في وقت آخر حين لا يحتاج إلى ذلك! وتنقسم الذاكرة إلى ثلاثة أنواع حسب طبيعة الشيء الذي نتذكره ، فالأحداث التي حدثت منذ زمن بعيد يطلق عليها الذاكرة البعيدة ، أما التي حدثت قريباً في خلال ساعات أو أيام فيطلق عليها الذاكرة القريبة ،

والنوع الثالث هو الذاكرة الحالية التي تتعامل مع ما يحدث في نفس اللحظات، وفي الشيخوخة فإن تدهور الذاكرة لا يؤثر في القدرة على تذكر الأحداث البعيدة، فترى الشخص المسن يتذكر مواقف حدثت في طفولته وصباه وهو الذي تعدى الثمانين ، بينما تراه يعجز عن تذكر طعام الإفطار الذي تناوله في صباح نفس اليوم!

ومشكلة نسيان الأسماء والمواعيد والمعلومات رغم أنها قد تبدو ثانوية أو أقل شأناً من مشكلات الشيخوخة الأخرى التي تتسبب في العجز والإعاقة وتهدد حياة المسنين إلا أن ما يصيب الذاكرة من تغيير قد يأتي في مصاف الأولويات بالنسبة للذين يؤدون أعمالاً ذهنية ، فالكاتب أو المؤلف الذي يعد الكتب ، والعالم الذي يجرى التجارب، والمحامى الذي يعد المذكرات ، هؤلاء قد يكون النسيان وتدهور الذاكرة بالنسبة لهم أسوأ من آي مشكلة أخرى ، والسؤال الآن : هل من حل لهذه المشكلة؟

والإجابة أنه لا يوجد دواء من شأنه أن يحل هذه المشكلة ، فلا توجد حتى يومنا هذا حبة يتناولها الإنسان فتنشط قدرته على تذكر ما ينساه من أحداث وأسماء ومعلومات، لكن الحل الممكن يكون بتطبيق بعض الخطط التي تساعد الذاكرة حين تتأثر وظيفتها في السن المتقدم، ومن الأفضل الاهتمام بهذه "الإستراتيجية " في سن مبكر حتى تكون جاهزة للاستخدام في الشيخوخة لأن صغار السن أيضاً قد ينسون في ظروف معينة ، وفيما يلي عرض لبعض الجوانب العملية للمشكلات والحلول فيما يختص بموضوع ضعف الذاكرة والنسيان.

ومن خلال العمل مع المسنين والحديث معهم نلاحظ أن نسيان الأسماءهو أمر يشترك فيه الكثير منهم، فمنهم من ينسى أسماء أصدقائه ومنهم ينسى اسم الطبيب، ناهيك عن أسماء الشخصيات العامة، ويصل الأمر ببعضهم أن ينسى أسماء أفراد أسرته أو يخلط بينها ، ورغم أن هذا النسيان لا يكون مطلقاً بل يحدث في مناسبة معينة ثم يستطيع تذكر نفس هذه الأسماء دون مناسبة في اليوم التالي مثلاً، إلا أن ذلك يتسبب لهم في مواقف تدعو للخجل، فتخيل حين يحاول أحد كبار السن تقديم شخص أمام أناس آخرين لا يعرفونه وينسى الاسم في هذه اللحظة! إن الحل يكون بالتخلص من الخوف من النسيان الذي يكون في الغالب السبب المباشر الذي يجعل المسن ينسى ما يعتبر معروفاً لديه ، ويمكن حل مثل هذه المواقف الحرجة كما يفعل الكثير من المسنين بلباقة حين يتذرعون بالسن فيقوم الآخرون بمساعدتهم على تذكر الاسم الذي يحاولون تذكره ، وبدلاً من الاجتهاد لتذكر اسم صديق نلتقي به بعد طول غياب طويل يمكن حل هذا الموقف بأن نقدم نحن أسمنا له حتى يذكر هو أيضاً اسمه، فقد يكون هذا حلاً مناسباً للموقف.

وثمة مشكلة أخرى يشكو منها كبار السن الذين يطلب إليهم الحديث في أحد الموضوعات وتناول تفاصيله ، فتكون هذه المهمة بالنسبة لهم عسيرة للغاية،فمن ناحية فإن الحديث الذي يتطلب التركيز وعرض أفكار متتابعة يكون من الصعب على المسن في ظل حالة الذاكرة في الشيخوخة،وبطء التفكير،

ومن الناحية الأخرى يصعب متابعة نفس الموضوع عند الحديث فيه ارتجالاً وقد ينتقل الحديث إلى موضوع آخر يصعب العودة إلى الفكرة الأولى التي تضيع من الذاكرة، والحل لهذا الموقف أن على كل المسنين خصوصاً الذين يقومون بأعمال ذهنية أن يعلموا أن الأفكار ليست كالثمار اليانعة التي تتدلى من شجرة الفاكهة ويمكن أن نقطفها من العقل وقت نشاء،إنها تذهب وتأتى وعلينا أن نقطفها حين تجىء وندونها ونضعها في مكان مناسب حتى نستخدمها،إن الحل هو في عدم الاعتماد الكلى على الذاكرة،بل علينا أن ندرب أنفسنا حتى قبل بلوغ مرحلة الشيخوخة على الإعداد المسبق للمواقف والاعتماد على التدوين وعمل"البروفات"للمواقف حتى نعتاد عليها،وإذا كان الحديث مرتجلاً فالأفضل الاختصار واستخدام جمل قصيرة حتى لا تشرد عن الموضوع.

والمشكلة الأخرى التي يشكو منها المسنين - وأحياناً صغار السن أيضاً- هي نسيان المواعيد أو عدم تذكر عمل بعض الأشياء في وقتها ، فكثير من الأشياء يجب عملها في وقت محدد وعلينا أن نتذكرها ، مثال ذلك دعوة على الغذاء لدى صديق ، أو زيارة الطبيب ، أو مشاهدة مباراة رياضية، أو بعض الأعمال مثل السيدة التي يجب أن تخرج الطعام المجمد من الثلاجة قبل الطهي بساعتين، ونسيان هذه الأمور قد يدعو للإحباط حتى وإن لم يترتب عليه آي أضرار جسيمة، والحل ببساطةهو استخدام مفكرة جيب لتدوين هذه المواعيد ، إن ذلك قد يكون غير مستساغ لكن التعود عليه سيجعله أمراً معتاداً

وقد يكون ممتعاً، وأفضل من ذلك في المنزل أن نعلق على الحائط في مكان واضح لنا واحدة من تلك النتائج الكبيرة مثل تلك التي توزع للدعاية ونضع ملاحظاتنا بخط واضح وليكن بقلم أحمر بجانب التاريخ لنتذكر ما نريد، وثمة طريقة أخرى طريفة كان يتبعها أحد المسنين وكان لا يعرف القراءة والكتابة كي يتذكر مواعيد تناول أقراص الدواء في الصباح والمساء حيث كان يضع حبوب الصباح بجانب ملابسه التي يرتديها حين يصحو من نومه، وحبوب المساء مع فرشة الأسنان التي يستخدمها قبل أن ينام، إن ابتكار مثل هذا الأسلوب للربط بين شيء وآخر يساعد على التغلب على النسيان.

وحالات أخرى شائعة للنسيان بيننا جميعاً، وفى المسنين بصفة خاصة، تلك هي : أين وضعنا الأشياء؟ فالمفتاح مثلاً قد نبحث عنه في مكان ولا نجده، والنظارة مشكلة أخرى لأننا حين نبحث عنها نحتاج إلى النظارة لكي نراها ، وهذه مشكلة كل من يعتمد على النظارات الطبية مثلى، قد يكون الحل هو بإتباع النظام بتحديد مكان لكل شيء، ووضع كل شيء في مكانه، لكن من الأمور الطريفة في هذا الموضوع أننا نحتاج أحياناً إلى إخفاء بعض الأشياء في مكان لا يعرفه الآخرون ، وأحياناً يتفتق الذهن عن مكان لا يخطر على بال أحد لنخفى به الأشياء الثمينة، والمشكلة التي تحدث هو أننا قد ننسى نحن أنفسنا هذا المكان ،

ولعل حكايات كثيرة مألوفة تروى أن بعض المسنين الأذكياء يحاولون إخفاء ثروتهم في مكان غريب وسط المهملات أو يدسون النقود في الكتب القديمة لإخفائها عن أعين اللصوص ، والغريب حقاً أن اللصوص أصبحوا يتوقعون هذه الأماكن غير المألوفة ليبحثوا فيها عن الأشياء الثمينة في بيوت المسنين !

والحل المقترح كي نتعرف على أماكن الأشياء ، ونتجنب نسيان موضعهافي المنزل يمكن أن نتعلمه أيضاً من اللصوص أو القراصنة الذين يخفون الكنز في باطن الأرض لكنهم يقومون بعمل خريطة لمكانه يحتفظون بها ، وهذا ما يمكن عمله في المنزل أيضاً بعمل رسم أو خريطة خاصة معنا لمواقع الأشياء الهامة نرجع إليها إذا غابت عن ذاكرتنا ، وهذه مجرد فكرة ، وعلى كل واحد منا أن يحاول تطبيق مثل هذه الأفكار التي تساعد الذاكرة ، وقد حكي لي أحد الأساتذة المتقاعدين وكان يقوم بالتأليف والكتابة الصحفية أن بعض الأفكار كانت تأتيه أحياناً في منتصف الليل وهو في الفراش ، فاحتفظ معه ببطارية إضاءة صغيرة وجهاز تسجيل حتى يسجلها في وقتها قبل أن تذهب ولا تعود!

مرض الزهايمر و أحكام قانونية و شرعية:

يقتضى القضاء العادل أن يكون لكل من يمثل للتقاضي قادرا على الإدلاء بحجته ، والدفاع عن نفسه ، أو فهم ما يدور في المحاكمة،ومن القواعد هنا أن أحدا لا يمكن أن يتعرض للمساءلة عن فعل شيء أو تركه إلا إذا تحققت فيه شروط التكليف ، وهى القدرة على فهم معنى التكليف ، وان يكون المكلف عاقلا

حيث أن العقل هو الركيزة الأولى للمسئولية ، أما الركيزة الثانية فهي الإرادة ، وتعنى أن العقل وحده لا يكفى لقيام المسئولية الجنائية بل يتطلب انعدام المسئولية أن يكون الشخص فاقدا للإدراك أو الاختيار للفعل الذي ارتكبه ، فإن توفر الشرطان معا وهما غياب العقل والإرادة فإن المسئولية الجنائية تسقط ، ويتوجب الإعفاء من العقاب ، والمجنون هنا كما هو معلوم من الشريعة حكمه مثل حكم الطفل الصغير ، تطلق تسمية " الحجر" على فقد الشخص أهليته لإدارة أمواله، والحجر في اللغة هو : المنع ، أي منع المريض من التصرف في أمواله وقد يكون فقدان الأهلية لعمل معين ولا يمتد إلى عمل أخر ، وإذا كان الشخص يندفع إلى تبذير أمواله على خلاف مقتضى العقل والشرع فهو سفيه ، وإذا كان يقبل من التصرفات ما يلحق به الغبن الفاحش الذي لا يدركه بسبب ضعف ملكات الإرادة والتقدير لديه فإنه غافل ، ويعين للمريض في هذه الحالة وصى يدير أمواله ، وتكون تصرفاته المالية في حكم تصرفات الصبي المميز ، فيصح منها ما كان نافعا ، ويبطل منها ما كان ضارا ، أما ما يقع بين النفع والضرر فلا ينفذ إلا إذا أجازه الولي المعين على هذا المريض .

وحكم الصبي والمجنون والسفيه والمفلس في الشرع في مذهب المالكية هو المنع من التصرف في ما زاد عن قوته ،وإذا باع احدهم شيئا أو اشترى أو تبرع كان هذا التصرف موقوف لا ينفذ إلا بإذن الولي ، وفى حالات أخرى لا يمنع الشخص من التصرف في البيع والشراء ، وإنما يمنع من التصرف في أكثر من ثلث ماله ، وفى فقه الشافعية فالحجر شرعا منع التصرف في المال لأسباب مخصوصة .

أما التصرف في أمور أخرى فإنه جائز للسفيه والمفلس والمريض حيث يمكنهم الإقرار بما يوجب العقوبة والخلع والطلاق ، أما الصبي غير المميز والمجنون فلا يصح تصرفهما في شيء على الإطلاق ، والحجر عنه الحنابلة هو منع المالك من التصرف في ماله من قبل الشرع أو من قبل الحاكم ، وهذا يوضح اختلاف المذاهب حول حدود الحجر رغم الاتفاق والإجماع على صحة الحجر في حالة الجنون .

**هل الحالة مرض الزهايمر؟؟...**

اختبار مبسط للتشخيص

اختبار الحالة العقلية للمسنين يتألف من هذه المجموعة من الأسئلة التي تتعلق بمعلومات عن الشخص نفسه والزمان والمكان وبعض المعلومات العامة مع وضع درجة معينة لكل إجابة ثم تحديد الحالة العقلية بعد رصد مجموع درجات الإجابة ، والأسئلة هي :

الاسم ؟

ما المكان الذي نحن فيه الآن ؟

اليوم هو ... ؟

في آي شهر ... ؟

وفي آي سنة ؟

كم عمرك ؟

ما أسم الرئيس ؟ ( رئيس الدولة ، أو الملك ، أو رئيس الوزراء الحالي ) ملحوظة : هنا نحدد للشخص أسماء ثلاثة أشياء في الغرفة مثل النافذة والمنضدة والمقعد ، ونطلب منه أن يردد هذه الأسماء ؛ ثم نستمر :

ما هو تاريخ اليوم الوطني للدولة ؟ ( في أوربا يسألون عن تاريخ الحرب العالمية الأولي والثانية )

نطلب إليه أن يعد عكسياً من رقم 20 حتي رقم 1 .

نسأله أن يذكر مرة أخرى أسماء الأشياء الثلاثة التي حددناها بالغرفة .

ويتم حساب الدرجات بواقع درجة واحدة لكل إجابة صحيحة ، ولا يوجد أنصاف أو كسور للدرجات ، ويتم استنتاج الحالة العقلية وفقاً لمجموع الدرجات كالتالي :

- إذا حصل علي 8 درجات فأكثر فالحالة العقلية طبيعية .

- إذا حصل علي درجة كلية بين 4-7 فإنه مصاب باضطراب عقلي خفيف .

- إذا كان مجموع الدرجات أقل من 4 فإن الحالة غالباً هي مرض الزهايمر أو عته أو خرف الشيخوخة .

# الفصل الخامس

# اعتبارات أخلاقية

هناك العديد من المسائل التي تتعلق بحقوق المرضى النفسيين كانت ولا تزال موضع جدل وخلاف ، وهى مطروحة للنقاش في الأوساط الطبية والقانونية والفقهية ، ولا يزال بعضها ينتظر التوصل إلى حل يحسم* الخلاف حولها ، وقد يكون مصدر الجدل أن هذه المسائل تتعلق باعتبارات أخلاقية Ethical issues ، ويتداخل فيها موقف الطب النفسي مع القواعد القانونية ومنظور الشريعة الإسلامية ، وهنا نعرض منها على سبيل المثال مسألة الثقة وحق سرية معلومات المريض ، وواجب الطبيب في بعض المواقف التي تتداخل مع هذا الحق لحماية وتحذير الآخرين ، وبعض جوانب الممارسة الطبية، والعلاقة بين الطبيب والمريض ، وبعد أن نطالع في هذا الفصل هذه الموضوعات وما يثار حولها من جدل نستعرض في الفصل التالي المنظور الإسلامي لحقوق المرضى النفسيين ومسئوليتهم ورأى الفقهاء وعلماء الإسلام في هذه القضايا لاستكمال بحثها من كل الجوانب .

**الثقة Confidentiality والحق في السرية أو الامتياز Privilage :**

تمثل هذه النقطة أحد أدق المسائل في علاقة المريض النفسي مع الطبيب المعالج ، وتعتبر العلاقة بين المريض والطبيب من أقوى وأعمق العلاقات في مجال الطب النفسي مقارنة بتخصصات الطب الأخرى ، ذلك أن الطبيب النفسي يمكنه بحكم عمله الإطلاع على أسرار المريض في حياته العامة والخاصة ، وفى الطب النفسي يمثل إدلاء المريض بمعلومات دقيقة تتعلق بحياته الماضية ، وعلاقاته بالآخرين في كل المواقف والأحداث التي تأثر بها وهو ما يطلق عليه التاريخ المرضى للحالة Case history وركناً أساسياً في أدوات التشخيص بجانب الفحص النفسي الذي يتم على أساسه العلاج فيما بعد ، وقد يكشف المريض لطبيبه بعضاً من الأسرار التي لا يطلع عليها غيره من أقرب الناس إليه ، ومن هنا كانت أهمية الثقة وضرورة حفظ أسرار المريض .

فالثقة هي واجب أخلاقي للطبيب نحو مريضه ، أما حق المريض في السرية أو ما يطلق عليه الامتياز فيعنى حق المريض في أن يعطى سره لطبيب دون أن يكون مسموحا للطبيب أن يفضى بهذا السر إلى أي جهة أخرى دون موافقة المريض .

وتثور الأسئلة حول حدود السرية ، ومتى يمكن إفشاء سر المريض؟ والإجابة على ذلك تتطلب أن نذكر ما يسمى "دائرة السرية" وهى تعنى وجود السر في دائرة تضم الطبيب المعالج ومريضه وبعضا من الذين يعملون في مساعدة الطبيب داخل المستشفى أو العيادة ،

أما بقية الناس من أهل المريض ، والزوج أو الزوجة ، ورجال الشرطة وغيرهم فإنهم يقعون خارج هذه الدائرة، ويحترم العرف الطبي والقانون هذه السرية التي يطلق عليها السر المهنيProfessional secrecy حيث توجد مواد بالقانون تنظم ذلك بالإضافة إلى قواعد الممارسة الطبية ، إلا أن إفشاء السر مسموح به قانونا في حالات محدودة هي :

- بناء على طلب صاحب الحق في السرية أو " الامتياز " ، وهو المريض أو ولى أمره إذا كان عاجزا عقليا أو قاصرا .

- بناء على أمر من المحكمة (أو القاضي ) لأي غرض تراه .

- وجود خلافات قانونية يكون المريض طرفا فيها .

- **الحالات التي تتضمن خطورة على حياة المريض أو حياة الآخرين .**

ومن الاعتبارات الأخلاقية التي تحيط بهذه المسألة ما يدور من جدل حول حالات إفشاء سر المريض وكيفية تقديرها ، وهناك أمثلة كثيرة لمواقف لم يحسم حلها مثل حالة المريض الذي يحدث خلاف بينه وبين طبيبه المعالج حول أسلوب العلاج حين يعتقد المريض إنه تسبب له في الضرر ، ويكون على الطبيب أن يدافع عن نفسه ، وحالات الذين يدعون الإصابة بالأمراض النفسية ويطلبون تزويدهم بتقارير طبية للحصول على مكاسب أو تعويضات ،

وحين يقوم رجال الأمن بإجراء تحريات وجمع معلومات حول بعض المشتبه بهم ، وفى حالة قيام الأطباء في مراكز الأبحاث بإجراء بعض الدراسات على مرضاهم أو عرض حالات هؤلاء المرضى في الكتب الطبية أو خلال المؤتمرات العلمية ، وكل هذه المواقف كانت ولا تزال في انتظار حل يحسم الخلاف حولها ، وذلك لفض الاشتباك بين هذه المواقف وقاعدة الثقة والسرية حتى يستمر المرضى في طلب العلاج .

**واجب التحذير والحماية Disclosure to safeguard :**

لعل حالة "تاراسوف" Tarasoff هي المشكلة التي أثارت الجدل حول هذا الموضوع في الغرب ، وهذه قضية تتلخص في أن أحد المرضى أخبر طبيبه النفسي أثناء جلسة أنه ينوى قتل صديقة له كان يريد الزواج منها لكنها رفضت ذلك ، وحاول الطبيب أن يثنيه عن عزمه لكنه أكد إصراره على قتلها،ورأى الطبيب أن إفشاء السر المهني بإبلاغ الشرطة أفضل من أن تتعرض الفتاة للقتل بعد أن أدرك أن المريض جاد في تهديده،وقام الطبيب بإبلاغ الشرطة وتم استجواب المريض،إلا أن الموضوع لم يؤخذ بجدية،فأطلق سراح المريض الذي قام فعلا بقتل الفتاة،وهنا قام أخ للفتاة إسمه "تاراسوف" برفع قضية ضد الطبيب المعالج يتهمه فيها بالإهمال الذي أدى إلى قتل الفتاة،لأنه لم يقم بتحذير الفتاة نفسها،

وحكمت المحكمة بإدانة الطبيب،لأنه يتحمل مسئولية حماية مريضه وأي شخص أخر أيضا،وصدر قانون يفرض حماية المريض وتحذير الآخرين كواجب على الأطباء .

وقد أثارت هذه القضية العديد من الاعتبارات الأخلاقية حيث يصادف الأطباء النفسيين في عملهم باستمرار الكثير من المرضى الذين يمثلون خطرا على أنفسهم أو على الآخرين من حولهم بصورة أو بأخرى ، ويصعب التعرف على مثل هذه الحالات والتنبؤ بسلوك العنف لديهم بصورة قاطعة ، وحتى إذا كانت احتمالات الخطورة قائمة فإنه من الناحية العملية يصعب على الطبيب النفسي تحذير شخص ما لأن المريض يشكل خطرا بالنسبة له، فقد تكون خطورة المريض موجهة إلى اى شخص أخر وإن لم يعرفه من قبل ، فما العمل في مثل هذه الحالة؟.

هل يقوم الطبيب بإبلاغ الشرطة ؟

أو يوصى بإدخال المريض إلى المستشفى ؟

أو يتجاهل الموضوع بأسره حتى يتجنب الدخول في مشكلات مباشرة مع المريض وأهله ؟

ربما كانت كل هذه الحلول المطروحة غير ملائمة لكل الحالات ، ويظل الخلاف حولها مستمرا ويتم وضع بعض القواعد بواسطة بعض الجمعيات والهيئات الأمريكية التي تهتم بالطب النفسي والقانون ليلتزم بها الأطباء في مثل هذه الحالات .

وحالة أخرى نطرحها هنا تتعلق بنفس الموضوع - وهو التحذير والحماية - وتمثل مشكلة يصادفها الأطباء النفسيين بكثرة، ولا يوجد اتفاق حول الأسلوب الأمثل لمعالجتها ، وتتمثل المشكلة في المرضى النفسيين الذين يقومون بقيادة السيارات ، فقد تكون الحالة النفسية والمزاجية للمريض لا تسمح بقيادة آمنة ، كما أن العقاقير التي يتناولها المريض قد تتداخل مع قدراته على التقدير ، وزمن رد الفعل ، وحالة الوعي والانتباه لديه بما يزيد من احتمالات التعرض لحوادث الطريق التي قد تتسبب في الأذى والضرر وتهدد حياته وحياة الآخرين .

وينطبق ذلك أكثر على مرضى العيادة النفسية من الذين يعرف عنهم تعاطي الكحول والمواد المخدرة التي تؤثر على القدرات والوظائف العقلية ، ومرضى الصرع الذين يحتمل إصابتهم بنوبات أثناء القيادة ، وفى كل هذه الحالات فإن الطبيب النفسي يدرك خطورة الموقف عند قيام أحد هؤلاء المرضى بقيادة السيارة لكن يبقى السؤال عن العمل الذي يجب أن يقوم به الطبيب في هذه الحالات ؟ وإذا كان الحل هو إبلاغ الشرطة أو السلطات في كل هذه الحالات فإن ذلك غير ممكن من الناحية العملية، كما أنه سيلقى بآثاره السلبية على علاقة الطبيب بمريضه ، ويتسبب في الكثير من الحرج والتداخل مع قاعدة الثقة والسرية ، وتحتاج هذه المسألة إلى إيضاح يتم به مراعاة مصلحة كل الأطراف ، ويدخل ذلك تحت البند الذي نناقشه من وجهة النظر الأخلاقية في إطار واجب التحذير والحماية للمريض والمجتمع معا .

## الدخول الإلزامي Involuntary admission

## ومشكلات الاستشفاء Hospitalization

عرضنا في موضع سابق بعض الحالات التي يتم فيها اللجوء إلى احتجاز بعض المرضى في المستشفيات للعلاج رغما عنهم ، وقد كان ذلك يتم تحت بند قوانين الإيداع Commitment laws، ولما كان وقع مصطلح الإيداع لا يستريح له الأطباء النفسيون والمرضى لأنه يعطى الإيحاء بالسجن، فقد قامت جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية APA - التي لي شرف عضويتها - وغيرها من المؤسسات باستبدال ذلك بمصطلح أقل تأثيرا - وأكثر دقة هو الاستشفاء Hospitalization ، ورغم أن التغيير في الألفاظ لا يغير الواقع العملي فأن ذلك يتمشى مع وجهة النظر التي تعتبر الدخول للمستشفيات تحت أي مسمى هو للعلاج وليس العقاب ، والحالات التي تتطلب ذلك هي الاضطرابات العقلية الحادة والشديدة ، أو حالات الطوارئ التي لا يدرك المريض طبيعتها ، وتشكل خطورة على حياة المريض وحياة الآخرين،والاعتبارات الأخلاقية هنا هي فقد المريض لحريته حين يتقرر احتجازه إجباريا للعلاج وما يترتب على ذلك من أثار .

وقد بدأ الجدل حول من يستطيع اتخاذ القرار الهام بشأن شخص يتقرر إيداعه أو احتجازه خلف أبواب مغلقة ؟ .. وما القواعد والترتيبات التي تنظم ذلك؟ ومتى وكيف يتقرر خروجه ؟ ..

وقد كانت ولا تظل هذه النقاط موضع تباين في بلدان العالم المختلفة ، وتحكمها تشريعات Legislations وضعية تختلف من مكان إلى أخر ، وتتبدل بمرور السنين ، ولا تزال الاعتبارات الأخلاقية هنا موضع اهتمام حيث يوجد تعارض بين مسألة العلاج الواجبة وحماية المريض والمجتمع من ناحية ، وبين الحرية الشخصية التي يجب احترامها .

ولعلنا نذكر مشاهد الأفلام الفكاهية التي يتم فيها إلقاء القبض على شخص بواسطة الممرضين ، ويتم اقتياده إلى مصحة للأمراض العقلية لأن شخصا أخر أبلغ عنه أنه مجنون رغم أنه عاقل تماما ، ولا يمكنه إثبات ذلك ، ويضحك هذا المشهد المشاهدين رغم إنه يشير إلى مشكلة هامة ، وحتى وقت قريب كان يحدث في الواقع أوضاع مأساوية في دول الشرق والغرب ، والعالم الثالث ، حين يتم احتجاز بعض الأشخاص داخل المستشفيات والمصحات العقلية بصورة كيدية لمجرد الإدعاء من جانب بعض أصحاب المصالح والنفوذ للتخلص منهم لأسباب شخصية وسياسية.

ويعود السبب في الممارسات غير الأخلاقية التي تحيط بالدخول الإلزامي للمرضى النفسيين للعلاج داخل المستشفيات رغما عنهم إلى غياب القوانين والتشريعات الواضحة لكل الترتيبات والخطوات المحددة في هذا الشأن،وقد يسهم وضع القوانين والقواعد المنظمة للتفاصيل الدقيقة ، ومراقبة تنفيذ ذلك في حل المشكلات الرئيسية المتعلقة بالدخول الإجباري،مع ضرورة إخضاع الإشراف على كل ذلك إلى جهات محايدة. وللمحافظة على حقوق المرضى النفسيين يجب الالتزام باحترام المريض النفسي ، وحقه في المعاملة الكريمة أثناء وبعد دخوله وعدم إجباره على وسائل علاج معقدة مثل الجراحة والصدمات الكهربائية إلا بموافقته أو موافقة أهله دون اللجوء إلى تقييد حريته أكثر مما يقتضى العلاج ، أو استغلاله بأية صورة،ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال استخدام وسائل العلاج النفسي الحديث دون اللجوء إلى القيود والعزل،وعدم استخدام وسائل العلاج كأدوات عقاب أو قمع كما كان يحدث في بعض الأماكن.

ومن الاعتبارات الأخلاقية التي نذكرها هنا أن إلزام المريض بدخول المستشفى للضرورة رغما عنه لا يعنى فقدانه التام لحريته وحقه في اختيار العلاج،لكن تبقى مشكلة بعض الحالات من مدمني الكحول والمخدرات من الذين يرفضون العلاج ولا توجد لديهم قناعة بجدواه،وإجبار مثل هذه الحالات على الدخول والعلاج مع المقاومة من جانب المريض ما يزال يمثل تناقضاً يتطلب البحث عن حل .

(ملحوظة:توجد إشارة إلى المنظور الإسلامي لهذا الموضوع في الفصل التالي).

## علاقة الطبيب والمريض وسوء الممارسة الطبية

هناك الكثير من القواعد التي شرعت منذ القدم لتحكم أصول الممارسة الطبية، والعلاقة بين الطبيب والمريض،وقد تحدث مخالفات لأصول المهنة مثل الإهمال المتعمد،أو الذي يحدث عن جهل يتسبب في الخطأ الطبي الذي ينشأ عنه الضرر للمريض،وهناك أيضا أخطاء التقدير أو جمع المعلومات عن الحالة،وأكثر المسائل التي يتعرض لها الأطباء النفسيون ويحتمل فيها الخطأ وسوء التقدير حسب الإحصائيات المأخوذة من متابعة القضايا التي تم توجيه الاتهام فيها لأطباء نفسيين في عام 1985 في الولايات المتحدة كانت موضوعاتها :

- انتحار المرضى أثناء العلاج دون أن يتخذ الطبيب الخطوات المطلوبة لتقدير خطورة احتمال الانتحار(في البلاد العربية والإسلامية لا تمثل هذه الحالات مشكلة كبيرة نظرا لتعاليم الإسلام التي تحرم قتل النفس،بينما تصل نسبة الانتحار إلى30-40 في كل 100 ألف في الدول الغربية فإنها لا تزيد في الدول العربية والإسلامية عن 2-4 في كل 100 ألف من السكان) .

- الخطأ في تشخيص الحالة ويحدث نتيجة الإهمال أو قصور في جمع المعلومات أو سوء التقدير .

- سوء السلوك الجنسي حيث تحرم كل القواعد الطبية أية علاقة جنسية بين الأطباء والمرضى ، ولا يبرر ذلك موافقة المريضة حتى في البلدان التي لا تعاقب فيها القوانين على العلاقة بين الطرفين بموافقة كل منهما ، حيث أن علاقة الطبيب بمريضته هي علاقة وصى بالموصى عليه .

- إفشاء سر المريض في الحالات التي لا يسمح فيها القانون بذلك ، والتي ورد ذكرها في موضع سابق ، ومعظم قضايا سوء الممارسة الطبية كانت حول تقارير صدرت عن أطباء نفسيين ودون موافقة المرضى ، وتسببت لهم في الضرر .

- مشكلات استخدام الأدوية والعقاقير النفسية وأهمها الحساسية من الأدوية أو أنها تنشأ حالة من التعود أو الإدمان على العقاقير،أو الآثار الجانبية الضارة لهذه الأدوية مثل اضطراب الحركة المتأخر Tradive dyskinesia ، أو وصف عقاقير متعددة في وقت واحد دون سبب طبي مقبول .

- عدم الاهتمام بأخذ الموافقة بعلم Informed consent على العلاج أو شرح طبيعية العلاج ونوعه وآثاره الجانبية للمريض بوضوح وبطريقة يفهمها المريض قبل وصفه له وهناك مسائل أخرى تدخل تحت بند سوء الممارسة الطبية في مجال الطب النفسي مثل الدخول الإلزامي الخطأ للمريض واحتجازه في المستشفى دون داع، أو امتناع بعض الأطباء عن تقديم العلاج للمرضى خصوصاً إذا كانت الحالة طارئة،

وتثير مثل هذه الحالات التي تدخل تحت بند سوء الممارسة الطبية الكثير من الاعتبارات الأخلاقية بجانب المساءلة القانونية والعقوبات المهنية رغم أن هناك من يدفع بأن الطبيب هو إنسان كغيره من بني البشر يمكن أن يخطئ، ولابد أن يسمح له بذلك في حدود معينة يتم فيها التجاوز عن الخطأ الطبي إذا كان بحسن نية وبدون تقصير في أداء الواجب، ولا يزال الجدل حول هذه المسائل مستمرا في الأوساط الطبية والقانونية (نعرض وجهة النظر الإسلامية في هذا الموضوع في الفصل التالي).

# الفصل السادس المنظور الإسلامي والأحكام الشرعية لحقوق المرضى النفسيين والمسئولية الجنائية

لم يترك الإسلام - ذلك الدين القيم - أي شأن من شئون حياة الإنسان إلا وشملها بتعاليمه ، لينظم حياة الإنسان في كل الأحوال ، وبمرور الزمن ، وأحكام الإسلام كثيرا ما نجد فيها الحل لكثير من المشكلات المعاصرة ، وفى هذا الجزء من البحث نهدف إلى بيان المنظور الإسلامي للمسائل المتعلقة بحقوق المرضى النفسيين ، والمسئولية الجنائية للمعاقين نفسيا وعقليا من خلال مراجعة أحكام الشريعة الإسلامية ، والبحث عن إجابة للمسائل النفسية والقانونية التي قمنا بعرضها في الفصول السابقة، والتي كانت ولا تزال محل اهتمام من جانب الطب النفسي ، والقانون لما تثيره من جدل واعتبارات أخلاقية.

ولقد كان الإسلام أسبق من كل القوانين الوضعية والطب النفسي الحديث في الاهتمام بكثير من القضايا الخاصة بحقوق المرضى النفسيين ، والمسئولية الجنائية ، وبيان الأحكام في كثير من المسائل والمواقف منذ قرون عديدة ، ويمكن أن نستدل على ذلك بوضوح من خلال الرجوع إلى كتب الفقه الإسلامي لمعرفة وجهة النظر الإسلامية والأحكام الشرعية المستمدة من النصوص الصريحة ، والقواعد الكلية التي جاء بها الدين الحنيف لاستقامة الحياة للإنسان في الدنيا ، والحساب بالثواب والعقاب في الآخرة ،

ونظرا لأن هذا البحث محدود النطاق فإنه لن يستوعب كل التفاصيل ، ونجد من المناسب أن نقتصر على الأمور الأساسية التي نتصور أهميتها من خلال عرضنا لها في الفصول السابقة.

## نظرة عامة للمنظور الإسلامي للمرضى النفسيين :-

وضع الإسلام العدل والإحسان كأساس للتعامل بين الناس وقد سبق الإسلام كل القوانين الوضعية ، والوثائق الدولية حين كفل الإنسان في حالة الصحة والمرض النفسي كل الحقوق التي تمكنه من الحياة حتى في ظل حالة الضعف التي تنشأ نتيجة للمرض النفسى الذي يحرمه جزئيا أو كليا من القدرات التي يتمتع بها غيره من أسوياء البشر ، وهو حرمان لا يد له فيه ، ومن هنا كان العدل والإحسان .. حيث العدل وحده يقتضى المعاملة بالمثل لمريض ضعيف لا يقوى على المبادرة ، لذا وجب إضافة الإحسان حتى يكون الوضع ملائما لهؤلاء المرضى فلا يتحمل المريض المحنة والإبتلاء بمفرده دون حماية ورعاية تأخذ بيده ، وتساعده ، وتضمن له المعاملة الكريمة التي تمليها ظروفه ، والتي تحث عليها تعاليم الإسلام :

قال تعالى : ﴿ إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَاءِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ الْفَحْشَاءِ وَالْمُنكَرِ وَالْبَغْيِ ۚ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ [ سورة النحل:90]

وفى أمره سبحانه وتعالى وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ ۖ وَلَا تَنسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا ۖ وَأَحْسِن كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ ۖ وَلَا تَبْغِ الْفَسَادَ فِي الْأَرْضِ ۖ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ [ سورة القصص:77]

وهنا نقدم في البداية نظرة عامة على بعض التعريفات الهامة من منظور الشريعة الإسلامية .

## العقل :

هو منحة الله للإنسان ، ويتميز به على سائر المخلوقات،وهو مناط التكليف للإنسان ليكون خليفة في الأرض،وليعبد الله وينفذ أوامره،وقد جعله الإسلام إحدى الضرورات الخمس لما له من وظائف هامة في الفهم والتعقل والتدبير والتفكير،وسلامة العقل أساسية لفهم التكليف والامتثال له،فالتكليف خطاب يحتاج إلى فهم لا يتحقق إلا بالعقل، وتعريف العقل في الطب النفسي لا يختلف كثيرا عن المعنى الذي ورد في كتب الفقه،وأصل معنى العقل في اللغة المنع ، حيث يمنع النفس من فعل ما تهواه،والكلمة مأخوذة من العقال وهو الذي يمنع الناقة من السير حيث شاءت،وقد خاض في بيان حقيقته الأطباء والفلاسفة و العلماء،وعرفه الإمام الشافعي بأنه آلة خلقها الله لعباده ليميزوا بها بين الأشياء وأضدادها ، ونقل عنه إنه " آلة التميز" ، وعـــــرف " التفتازانى " وهو من الأحناف العقل بأنه " حقيقة يمكن الاستدلال به من الشاهد على الغائب،والإطلاع على عواقب الأمور والتميز بين الخير والشر".

وذهب بعض العلماء إلي أن العقل هو العلم ذاته ، أو هو جوهر قائم بنفسه استدلالاً بقول الرسول ص " أول ما خلق الله العقل وقال : وعزتي وجلالي ما خلقت خلقا أكرم منك ، بك أخذ ، وبك أعطى ، وبك أحاسب ".

ويعنى ذلك أن العقل هو مناط المسئولية والتكليف ، ومن المنظور الإسلامي فإن العقل قد يصاب بأمراض أو اضطرابات "آفات" نفسية أو عقلية تؤثر على السلوك الإنساني من أقوال وأفعال ، ويطلق على هذه الحالات وصف الجنون أو بعض معنى الأوصاف الأخرى ، وليس لكلمة الجنون أي مدلول في تشخيص الأمراض النفسية بالنسبة للأطباء النفسيين إلا أن مصطلح الجنون Insanity or madness تستخدم في القانون ، وفى الفقه الإسلامي ، وهى كلمة دراجة واسعة الاستخدام بواسطة العامة للدلالة على حالة من اضطراب العقل.

وفى اللغة فإن الجنون من أصل"جن"أي اختفى واستتر،وتشير إلى ستر العقل نتيجة المرض، وفى معجم لسان العرب "الجنون"هو مصدر جُنَّ الرجل بالبناء للمجهول فهو مجنون،اى زال عقله وفسد،أو دخلته "الجن"، وفى الموسوعة الفقهية الكويتية : "الجنون هو اختلال العقل بحيث يمنع جريان الأفعال والأقوال على نهجه إلا نادرا " ، ويعرفه بعض العلماء على إنه اختلال القوى المميزة يبين الأشياء الحسنة والقبيحة ، ويعرفه آخرون بأنه اختلال قوة إدراك الكليات ، ويكاد يوجد اتفاق على تعريف الجنون بين الشريعة الإسلامية والقوانين الحالية المعمول بها في العالم العربي الإسلامي .

وليس الجنون نوعا واحدا ، بل تصنف حالاته إلى جنون مطبق ، وجنون طارئ ، أو متقطع حسب شدة الحالة ومدة استمرار الإصابة بها ، كما يذكر الفقهاء بعض الحالات الأخرى ذات الصلة بالجنون، وهنا نذكر تعريفا لبعض منها:

- العتـــه :خلل عقلي يتسبب في اختلاط العقل،وقد يكون كالجنون فيكون حكم المعتوه كالمجنون ، أو الصبي غير المميز، وقد ينقص الأهلية فقط يكون حكمه كالصبي المميز .

-الدهشة:وهو من مصدر:"دهش"ويدل على الحيرة وذهاب العقل في ذهول.

-السفه:حالة ضعف لبعض ملكات النفس لا تنشأ عن مرض عقلي،والسفيه يتجه غالبا إلى تبذير المال وإتلافه على خلاف مقتضى العقل والشرع.

- الغفلة : تشبه السفه في ضعف ملكات النفس وتؤدى إلى سوء الإدارة والتقدير .

ملحوظة : فيما نعتقد بأن هذه المسميات يقابلها بعض المصطلحات النفسية التي يستخدمها الطب النفسي الحديث وتشخيص الحالات النفسية ، فالجنون يقابله الذهان Psychosis وهى حالة اضطراب عقلي شديد ، والعته يقابله التخلف العقلي Mental retardation والخرف Dementia ، وتعنى الأولى نقصا في النمو العقلي يحول دون اكتمال العقل ، والثانية تدهور العقل بعد اكتماله كما يحدث في الشيخوخة ،

أما حالات الدهشة فتقابل الجنون المؤقت Transient psychosis التي يستمر فيها الاضطراب العقلي لفترة زمنية محدودة ثم تتحسن الحالة ، أما السفه والغفلة فإنها أقرب إلى حالات اضطراب الشخصية أو الانحرافات السلوكية Personality or bechaviour disorders ، وهذا الاجتهاد هو رأى شخصي يحاول الربط بين الفقه الإسلامي والقانون من ناحية ولغة الأطباء النفسيين من ناحية أخرى.

## القضاء في الإسلام:-

عرضنا في الجزء الخاص بالجوانب القانونية كالأمراض النفسية أنواع المحاكم ودرجاتها وتنظيم التقاضي في القوانين الحالية ، والقضاء في الإسلام له أصوله التي سبقت في التنظيم كل القوانين الحديثة ، وكانت ولاية القضاء في بداية الدولة الإسلامية يقوم بها الخليفة في إطار تدبير شئون المسلمين ، وبعد ذلك أمكن الخلفاء تكليف قضاه ينوبون عنهم في تولى ولاية القضاء ، أو تكليف بعض من الأمراء والولاة لنظر المظالم ، وبذلك فقد كانت هناك جهتان للقضاء في النظام الإسلامي هما :

- القضاء المعتاد الذي يعرفه الفقه الإسلامي ويطلق عليه " القضاء أو القاضي " ، ويقوم بالفصل في المسائل التجارية الشخصية والحدود والقصاص والمسائل المدنية .

-قضاء المظالم وهو النوع الإداري الذي يتولى النظر في مظالم الناس من القضاة والولاة والحكام،وهو أعلى درجة من القضاء العادي،

وقد تولى ولاية المظالم رسول الله ص بنفسه ، ثم الخلفاء الراشدون من بعده،ثم ظهر ديوان المظالم الذي يشبه القضاء الإداري في النظم الحديثة.

ولم يرد في كتب الفقه الإسلامي كلمة "المحكمة " إلا أن وصف مكان التقاضي وشروطه تدل في كتب الفقه على وجود ما يشبه المحاكم الحالية ، ويستدل على ذلك بتنظيم الاختصاص للقضاة فمنهم من هو خاص النظر بمسألة معينة ، ومنهم من هو عام النظر ، وطبقات المحاكم في الإسلام قد عرفت التعدد قبل القوانين الوضعية، وعرف مبدأ التقاضي على درجتين حيث أجاز الفقهاء استئناف والطعن في الحكم والتماس إعادة النظر قبل قرون من ظهور هذه النظم في الأنظمة الحديثة .

## قواعد كلية في الشريعة الإسلامية:

تحكم الشريعة الإسلامية على أساس مراعاة مصالح العباد في المعاش بالدنيا والحساب في الآخرة،وتبنى أحكامها على أساس العدل والرحمة معا ، ومن القواعد التي وضعها الفقهاء قمنا بجمع هذه النصوص التي تتعلق بصورة مباشرة أو غير مباشرة بأحكام شرعية في الأمور التي تخص حقوق المرضى النفسيين موضوع هذا البحث ونذكر منها :

لا ضرر ولا ضرار : الضرر يدفع قدر الإمكان ، والضرر يزال ، ولايزال الضرر بمثله ، ويستبدل الضرر الأشد بضرر أخف حيث يختار أهون الشرين ، وإذا تعارضت مفسدتان روعي أعظمها ضررا وترتكب أخفهما ، ويتحمل الضرر الخاص لدفع الضرر العام .

لا مساغ للاجتهاد في موضع النص ،

والاجتهاد لا ينقض بمثله ، وما حرم فعله حرم طلبه . الأصل إذا تعذر يصار إلى البدل ، والمعلق بالشرط يجب بثبوته عند ثبوت الشرط ، ويلزم مراعاة الشرط بقدر الإمكان ، والولاية الخاصة أقوى من الولاية العامة ، والثابت بالرهان كالثابت بالعيان .

الأمور بمقاصدها (والعبرة في العقود بالمعاني وليست بالألفاظ)، واليقينلا يزول بالشك، والضرورات تبيح المحظورات،والعبرة للغالب الشائع، والتعيين بالعرف كالتعيين بالنص ،والعادة محكمة.

وتتعلق هذه القواعد وما يتفرع عنها بكثير من الأحكام الشرعية في المسائل القانونية والاعتبارات الأخلاقية التي ورد ذكرها في الفصول السابقة وسنقوم بعرض للمنظور الإسلامي لبعض منها في الصفحات التالية.

الإسلام وحقوق المريض النفسي :

يكفل الإسلام لكل إنسان من الحقوق ما تطلبه الحياة الكريمة بحكم الإنسانية ولا يشترط في أهلية أي شخص لاكتساب الحقوق أن يكون عاقلاأو بالغا ، فمن لا يستطيع ممارسة حقوقه بنفسه بسبب المرض العقلي أو عدم التمييز لصغر السن له الحق في أن يتمتع برعاية والى بالغ عاقل ، والحقوق المكفولة للجميع هي حق الحياة، وعصمة الدم والمال ،

وما يتفرع عن ذلك في حقوق الطعام ، والمأوى ، والملبس ، والرعاية الصحية والتربوية ، وغيرها كالحق في الحرية ، والتعليم ، والملكية،والنسب،و الميراث،والعلاج ، وإذا كانت هذه الحقوق مكفولة للجميع فإن المعاقين عقليا أولى من غيرهم لأنهم لا يشعرون بحالتهم فلا يطالبون بحقوقهم ، فعلى المجتمع أن يوفر لهم هذه الحقوق عن طريق أولياء يتم تكليفهم بذلك ، ومن لم يكن له ولى فالسلطان واليه الذي يجب وليه رعايته .

**الحق في العلاج :-**

يعتبر الحق في العلاج والتداوى من الحقوق الثابتة للإنسان في الإسلام، وهذا الحق مشروع وحكمه إما مباح،او مندوب،أو واجب، وأساس حق التداوى ما أمر به الله سبحانه وتعالى من المحافظة على النفس وعدم الإلقاء بها إلى التهلكة ، حيث يؤدى ترك العلاج إلى ذلك ، ومن مقاصد الشريعة أيضا المحافظة على الضروريات الخمس ، حيث يسهم التداوى في ذلك بصورة مباشرة أو غير مباشرة ، ويستند ذلك أيضا إلى ما صح عن رسول الله ص:

- حث الرسول ص علي التداوى في الحديث الشريف: "المؤمن القوى خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف"، : رواه الإمام أحمد ومسلم وأبن ماجة عن أبى هريرة ، وتتمة الحديث " وفى كل خير " كما ورد في كشف الخفاء ح2 / 410 .

جمع البخاري في صحيحه كتاب الطب الذي اشتمل على 58 بابا ، وورد به 118 حديثا تناولت مسائل طبية مختلفة ، وكان في الافتتاح حديث أبي هريرة عن رسول الله ص: "ما أنزل الله من داء إلا أنزل له الشفاء" ، وجاء في راويه طلحة ابن عمرو من الزيادة في أول الحديـــث : " يا أيها الناس تداووا " ، وفى حديث أسامة أبن شريك : " تدووا عباد الله فإن الله لم يضع داء إلا وضع له الشفاء إلا داء واحد هو الهرم " أخرجه البخاري وصححه الترمذي ، وجاء في راويه عن أبن مسعود زيادة في أخره "علمه من علمه وجهله من جهله "، ولأبي داوود في حديث أبي الدرداء: "إن الله جعل لكل داء دواء فتداووا ولا تداووا بحرام "( من فتح الباري بشرح البخاري للحافظ شهاب الدين العسقلاني والمعروف بابن حجر) .

وضع مسلم في صحيحه باب الطب والمرض والرقى ، وجاء فيه حديث جابر رضي الله عنه - وعن رسول الله ص: " لكل داء دواء فإذا أصيب دواء الداء برأ بإذن الله ".

وذكر النووي (كما ورد بصحيح مسلم بشرح النووي ) استحباب الدواء استناداً إلى أحاديث ترد على من أنكر التداوى بحجة أن كل شيء بقضاء وقدر فلا حاجة إلى التداوى ، ويدل على ذلك أن الرسول (ص) عاود رجلا جرح فقال : "ادعوا له بني فلان " ، وعن عائشة رضي الله عنها " أن رسول الله ص كثرت أسقامه فكان يقدم أطباء العرب والعجم فيصفون له فنعالجه " - أخرجه أحمد في المسند ج67/6 .

وبالنسبة لأساليب العلاج المتبعة حاليا في علاج المرضى النفسيين فإنها تختلف عن علاج الأمراض العضوية المعروفة ، واستنادا إلى المنظور الإسلامي والطب النفسي فإننا نعرض هنا بعض الملاحظات :

## العلاج النفسي الديني Religious psychotherapy

هو أحد الأساليب المتبعة حاليا والتي ثبت جدواها في الوقاية والشفاء لكثير من الاضطرابات النفسية ، ومن منظور الطب النفسي الإسلامي فإن الأيمان بالله تعالى وتقوية الصلة مع الخالق - بحكم الخبرة في ممارسة الطب النفسي - لها تأثير إيجابي ملموس في الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب التي تعتبر من أمراض العصر الحالي ، كما أن استخدام هذا النوع من العلاج عن طريق التركيز على الجانب الإيماني يفيد في كثير من الحالات في مساعدة المريض على التغلب على الأعراض ، وتؤكد ذلك بعض الدراسات النفسية الحديثة، وعلى الأطباء النفسيين المسلمين أن يولوا ذلك اهتماماً خاصا.

- تذكر أدبيات الطب النفسي بناء على دراسات مسحية Epidemi ological أن بعض المشكلات النفسية المستعصية مثل الانتحار الذي يحصد حياة أكثر من 800 ألف شخص في العالم كل عام حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية ( 1997 ) ،

وإدمان الكحول الذي يتسبب في أمراض عضوية وعقلية والحوادث والمشكلات الاجتماعية يقل حدوثها في المجتمعات الإسلامية بشكل واضح مقارنة بالدول الغربية (وقدتم الإشارة إلى هذا في موضوع سابق) .

- الكلمة الطيبة لها أثر عميق في العلاج النفسي،وقد أثبت العلم الحديث ذلك، واستخدام الكلمة الطيبة التي تحث عليها تعاليم الإسلام في الكتاب والسنة يمكن أن يكون أسلوبا ناجحا لعلاج مرضى النفس ، وعلى الأطباء النفسيين المسلمين الاستفادة من هذا الأسلوب في العلاج النفسي الذي يفوق في تأثيره الدواء في كثير من الأحيان .

- يدخل ضمن حقوق العلاج المرضى النفسيين والمعاقين عقليا أن تتوفر لهم الأماكن الملائمة للعلاج والمعاملة الكريمة التي يحث عليها الإسلام في كل المناسبات في إطار من الرحمة بالضعفاء ، وربما يكون من حقوق هؤلاء المرضى أن تمهد لهم السبل ليكونوا بين الناس في الأسرة والمجتمع بدلا من بقائهم في أماكن معزولة ، حيث يسهم ذلك في تأهيلهم للعودة إلى الحياة أعضاء نافعين للمجتمع بدلا من أن يكونوا عبئا عليه .

## حقوق أخرى للمريض النفسي

### حق الزواج والطلاق:

لا خلاف بالنسبة للمرضى النفسيين الذين لا يؤثر مرضهم على قدراتهم العقلية في أن لهم الحق في الزواج كالأسوياء مع ممارسة العقد بأنفسهم دون الحاجة إلى من ينوب عنهم،وأما المرضى العقليين الذين ينطبق عليهم وصف الجنون أو العته فإن لهم الحق في الزواج أيضا لما رأى العلماء في زواجهم من فائدة ومصالح لا تتوقف على وجود العقل ، مثل التناسل ، ودفع ضرر الشهوة ، والحماية من الفجور بالعفاف ، وهذا عام للرجل والمرأة ، وتحصيل المهر والنفقة فائدة للمرأة، غير أن الفقهاء يتفقون على عدم أهلية المعاق عقليا في إجراء العقد .

ويستثنى فقهاء الشافعية من ذلك بعض الحالات مثل القول بعدم تزويج المجنون الصغير لعدم حاجته للزواج ، وعدم زواج المجنون إلا إذا كان لديه رغبة واضحة للنساء ، أو توقع له الشفاء بقول عدلين من الأطباء ، ولا يجوز له الزواج بأكثر من واحدة ، ولا يشترط أي شيء بالنسبة للمرأة التي أصابها الجنون ، حيث يجب تزويجها في كل الأحوال ، وهذا الرأي يتمشى مع مقاصد الشريعة في أن زواج المجنون به من المصالح أكثر مما به من المفاسد .

أما حق الطلاق فإن الفقهاء يتوقفون على أن طلاق المريض النفسي الذي تصل حالته إلى حد الجنون أو العته لا يقع ، والسبب هو عدم الأهلية في التكليف أو الأداء ، ولا تعتبر عباراته في التصرفات القولية ، فلا يترتب عليها اى أثر شرعي ، وقد ذهب معظم الفقهاء أن الوالي ليس من حقه إيقاع الطلاق عن المجنون استنادا إلى ما ورد في حديث حسن عن الرسول (ص) " إنما الطلاق لمن اخذ بالساق " ، غير أن هناك قول أخر بأن للأب والسلطان حق إيقاع الطلاق عن المجنون ، وأساس هذا الحكم أن إيقاع الطلاق لا مصلحة فيه على العكس من الزواج ، ومع الخلاف حول جواز التفريق في الجواز القائم بالنسبة للمجنون فإن المرأة حسب رأى الفقهاء الحنفية يجوز لها أن تطلب التفريق لجنون زوجها ، ولا يجوز ذلك للرجل،بينما يرى جمهور فقهاء المالكية والشافعية والحنبلية أنه يجوز لأي من الزوجين طلب التفريق لجنون الزوج الأخر مع اختلاف في بعض التفاصيل.

وتتضمن الأحكام الشرعية إجابة لبعض المشكلات العملية الهامة التي تتعلق بزواج وطلاق المرضى النفسيين سنذكر هنا أمثلة لها :

- حول مدى تحقيق شرط الكفاءة في الرجل المريض عقليا للزواج من امرأة عاقلة، ويقصد بالكفاءة المساواة بين الزوج والزوجة في بعض الأمور، وتعتبر عند جمهور الفقهاء من شروط لزوم عقد الزواج لا صحته، وهو شرط خاص بالزوج وليس الزوجة ، ويجب مراعاته وقت العقد ، وقد اختلف الفقهاء في اعتبار المعاق عقليا كفؤا للمرأة العاقلة ، فاعتبره البعض ( الحنفية والحنبلية ) يعطى الخيار للمرأة في الموافقة دون أن يكون من حق الولي الاعتراض لاعتبار العقل غير معتبر في الكفاءة ، أما الشافعية و المالكية فقد ذهبوا إلى عدم كفاءة المعاق عقليا للمرأة العاقلة .

- إذا عقد الزواج وبعد ذلك اكتشف احد طرفيه - الرجل أو المرأة - إصابة الطرف الأخر بالجنون أو العته يكون الحكم الشرعي هنا على ثلاثة أقوال ، الأول للجمهور ويعطى الخيار للطرف الأخر بالرضا أو الحق في فسخ العقد ، والثاني للحنفية وهو أن الأصل في النكاح الدوام ولا يعتبر ذلك موجبا للاختيار لأي طرف ، والثالث يقول بأن اكتشاف وجود جنون قديم يعطى الخيار للزوجة وليس الزوج لأن الزوج يمكنه دفع الضرر بالطلاق بينما الزوجة لا تتمكن من دفعه إلا بالتفريق عن طريق القضاء .

- الجنون الذي يطرأ بعد الزواج (اى إصابة احد الزوجين بالمرض العقلي) له حكم شرعي مماثل للجنون الذي يكتشفه احد طرفي الزواج بعد العقد ويكون قديم المنشأ ، وقد يكون احد الطرفين قد أخفى إصابته بالمرض العقلي للتغرير بالطرف الأخر حتى يقبل الزواج ،

والحكم الشرعي هنا هو اعتبار المرض العقلي (الجنون) موجبا للخيار للزوجة سواء غُرَرَ بها ، أم أجبرت على هذا الزواج من وليها ، أو حتى طرأ الجنون بعد العقد، وبالنسبة للزوج فإن له الخيار إذا غُرِرَ به فقط ، ولا يعطى الخيار إذا حدث جنون الزوجة عقب الزواج ، هذا مع أن منظور الشريعة الإسلامية هو الحرص على استمرار الحياة الزوجية حيث لا يعطى الخيار لمن يستحقهإلا في حالة انقطاع الأمل في شفاء الإعاقة العقلية .

**حقوق المرضى النفسيين في الترشيح والتصويت :**

يشترط الفقهاء لاكتساب الحقوق كاملة سلامة العقل ، خصوصا الحقوق التي لا تصح الإنابة في ممارستها ، ولا يمكن تأجيلها إلى وقت شفاء الحالة العقلية ، وبتطبيق هذه القاعدة على المرضى العقليين نجد أن المرفوع عنهم التكليف بسبب انعدام الأهلية لنقص عقلي لا يثبت لهم حق في الترشيح أو التصويتفي الانتخابات ، وينطبق ذلك على المريض الذي ثبت الحكم بعدم أهليته أو إعفاءه من التكليف ولم يصدر حكم أخر يرفع الحكم الأول ، أما المرضى الذين لم يحكم برفع التكليف عنهم أو انعدام أهليتهم لنقص في قدراتهم العقلية فإنهم يعاملون معاملة الأسوياء ، ولا وجه لحرمانهم من حق الترشيح والتصويت إذا توفرت فيهم الشروط الأخرى لذلك .

وينبغي أن لا يمنع أحد من الترشيح أو التصويت لمجرد الاشتباه في قدراته العقلية ، فالأصل في الناس هو السلامة من المرض وفقا لقاعدة أن الأصل في الأمور العارضة العدم ، وحتى يثبت خلاف ذلك يعتبر الشخص عاقلا حتى يصدر حكم بحقه ، وهنا يمكن إتاحة الفرصة للاعتراض وفق أصول محددة لمن يشك بعض الناس في نقص عقله حتى تثبت هذه الدعوى ويتم الحكم فيها .

## أحكام المسئولية الجنائية والأهلية في الإسلام :

اقتضى القضاء العادل في الإسلام أن يكون لكل من يمثل للتقاضي قادرا على الإدلاء بحجته ، والدفاع عن نفسه ، أو فهم ما يدور في المحاكمة،ومن القواعد هنا أن أحدا لا يمكن أن يتعرض للمساءلة عن فعل شيء أو تركه إلا إذا تحققت فيه شروط التكليف ، وهى القدرة على فهم معنى التكليف ، وان يكون المكلف عاقلا حيث أن العقل هو الركيزة الأولى للمسئولية ، أما الركيزة الثانية فهي الإرادة ، وتعنى أن العقل وحده لا يكفى لقيام المسئولية الجنائية بل يتطلب انعدام المسئولية أن يكون الشخص فاقدا للإدراك أو الاختيار للفعل الذي ارتكبه ، فإن توفر الشرطان معا وهما غياب العقل والإرادة فإن المسئولية الجنائية تسقط ، ويتوجب الإعفاء من العقاب ، والمجنون هنا كما هو معلوم من الشريعة الإسلامية حكمه مثل حكم الطفل الصغير ،أو النائم ،

كما ورد في حديث رسول اللـــــه (ص): " رفع القلم عن ثلاث : عن الصبي حتى يبلغ ، والنائم حتى يستيقظ، والمجنون حتى يفيق " أخرجه احمد وأبو داوود والحاكم .

ويقصد بالمسئولية الجنائية في الشريعة الإسلامية استحقاق الإنسان الذي يرتكب فعلا عدوانيا للعقاب بعقوبة دنيوية ، سواء كانت بدنية كالقصاص والحدود ، أو بعض العقوبات التعزيرية ، أم كانت عقوبة مالية مثل الغرامة التي يؤديها من ماله ، وتعرف المسئولية الجنائية على أنها أهلية الإنسان لإيقاع العقوبات عليه إذا اعتدى على حق من حقوق الله أو من حقوق العباد ، وقد أطلق عليها بعض العلماء " التبعة عن الأعمال العدوانية " ، ولا خلاف بين الفقهاء على أن هذه المسئولية لا تتحقق في حالة عدم إدراك أو فهم من يقوم بعمل ما حقيقة ما يفعل ونتائجه الضارة ، أو أنه يتوفر لديه النية أو القصد لنتائجه ، لكن الخلاف حول من يستحق الإعفاء من المسئولية كالصغير و المجنون ، والمعتوه، والمكره،أو المضطر ، وفاقد الوعي بحكم النص في قوله تعالى: إِنَّمَا حَرَّمَ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخِنزِيرِ وَمَا أُهِلَّ بِهِ لِغَيْرِ اللَّهِ ۖ فَمَنِ اضْطُرَّ غَيْرَ بَاغٍ وَلَا عَادٍ فَلَا إِثْمَ عَلَيْهِ ۚ إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ [سورة البقرة:173] وقوله تعالى : مَن كَفَرَ بِاللَّهِ مِن بَعْدِ إِيمَانِهِ إِلَّا مَنْ أُكْرِهَ وَقَلْبُهُ مُطْمَئِنٌّ بِالْإِيمَانِ وَلَٰكِن مَّن شَرَحَ بِالْكُفْرِ صَدْرًا فَعَلَيْهِمْ غَضَبٌ مِّنَ اللَّهِ وَلَهُمْ عَذَابٌ عَظِيمٌ [سورة النحل:106] ، وقوله ص : "رفع عن أمتي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه " وقوله ه "رفع القلم عن ثلاثة ...".

ولقد استقر رأى الفقهاء أن العقل والإرادة هم أساس التكليف في الشريعة الإسلامية ، والمسئولية الجنائية جزء من هذا التكليف ، ولا يقع تكليف الإنسانإلا أذا كان بالغا عاقلا واعيا مختارا ، وهذه الشروط متفق عليها .

كذلك فإن المقاصد العامة للشريعة لا تتحقق بعقاب من فقد العقل والإرادة ، أو من لا يفقه معنى العقاب ، وإيقاع العقاب على من فقد العقل والإرادة لا يحقق هدف زجر المعتدى ، أو زجر الناس ، لأن الزجر ثمرة لقياس الأمور وتفضيل بعضها على الأخر ، واختيار الأفضل ، ولا يتم ذلك مع غياب العقل والاختيار الحر ، أما الحد المعتبر من العقل في التكليف فهو البلوغ الذي يضاف إلى العقل في تقييم أي تصرف لإنسان يحتاج إلى تمييز ، والمعيار الذي حدده علماء المسلمين لمعرفة الحد المعتبر من العقل في التكليف - ومنه المسئولية الجنائية - هو الذي يتم به تحديد الجنون الذي يؤدى إلى اختلال القوة المميزة بين الأمور الحسنة والقبيحة ، والسبيل إلى معرفة حالة العقل هو النظر في تصرفات الإنسان الشاملة لأقواله وأفعاله ، أما معيار الإرادة فهو مقاومة الإنسان لدوافعه وخوفه من العقاب، وقبل ذلك خوفه من الله تعالى .

وهنا نقدم بعض الملاحظات الهامة حول أحكام المسئولية الجنائية والأهلية العقلية للمرضى العقليين من المنظور الإسلامي ووجهة نظر الطب النفسي والقانون لبيان بعض النقاط التي تتطلب التوضيح :

هناك بعض الجرائم تعتبر - من المنظور الإسلامي - موجبة للعقاب الشديد في الدنيا والآخرة ، وفى نفس الوقت يتم تصنيفها بواسطة الطب النفسي ضمن الاضطرابات النفسية ، مثل أنواع الانحرافات الجنسية كالشذوذ والممارسة غير السوية المقترنة بالعنف ، والحكم هنا بمقياس العقل والإرادة لتحديد المسئولية الجنائية لا يتم فيه إعفاء الذين يقومون بهذا الأعمال من العقاب لإصابتهم بهذه الاضطرابات النفسية التي لا تبرر الحكم بعدم الأهلية .

تعتبر التنشئة الاجتماعية والنفسية وسوء التربية في الصغر من العوامل التي تسبب اضطراب الشخصية والسلوك ، وهذه هي وجهة نظر علماء النفس ، لكن ذلك - من المنظور الإسلامي- لا يبرر الإعفاء من المسئولية الجنائية التي تقوم على أساس العقل والإرادة كأساس للتكليف ولا يتم اعتبار هذه الأعذار والمبررات .

لا يعتبر المنظور الإسلامي عبودية الإنسان لهوى نفسه-رغم إنه من العوامل التي تؤثر على الإرادة - مبررا للإعفاء من المسئولية الجنائية،وعلى ذلك فإن مسألة الإرادة أو الدافع الذي لا يقاوم في القوانين الوضعية الذي ذكرناه في موضع سابق حينما اتخذ معيار الإرادة والدافع الذي لا يقاوم وجود شرطي على الكتف ، أو شرطي بجوار الشخص يحمل أسلحته ، فيكون من شأن ذلك منعه عن الفعل خوفا من العقاب، ومن المنظور الإسلامي فإن الاستسلام لميل النفس أو للهوى لا يبرر الإعفاء من المسئولية بحجة قوة الدافع أو الميل النفسي الذي يدفع إلى ارتكاب المخالفات.

لا تعرف الشريعة الإسلامية أشباه المجانين أو أنصاف العقلاء ، فانعدام الأهلية الجنائية لا يكون إلا بفقد العقل ، والإعفاء من المسئولية يكون بفقد الإدراك والاختيار ، أما في الدراسات القانونية والطب النفسي فإن المجرمين الشواذ يحتلون منطقة وسطى بين المسئولية وعدمها ، ويترك ذلك - كما يقول القانونيون - مجالا لتطبيق العقوبة والجمع بينها وبين التدبير الاحترازي ، وقد يستخدم القضاء حق تخفيف العقوبة إلى الحد الأدنى .

الحكم في مسألة التعويض من منظور الشريعة الإسلامية على الشخص غير المميز جوازي وليس وجوبيا ، ويعنى ذلك أن يسأل المجنون عن تعويض الأضرار التي أحدثها من ماله الخاص ، وتقضى القوانين على عديم التمييز بتعويض عادل مع مراعاة مركز الخصوم ، فيكون التعويض كاملا لو كان عديم التمييز ثريا والمضرور فقيرا ، ويكون التعويض جزئيا أو لا يقضى أصلا حسب حالة كل من الفاعل والمضرور ، ومن الأحكام الفقهية في مثل هذه الحالات أن يكون المسئول عن جبر أضرار المجنون الشخص المكلف بملاحظته ورقابته ، مثل أبيه ، أو احد أقاربه ، أو المستشفى الذي يقيم به أو من هو في كفالته ، وقد أخذت القوانين في البلاد العربية والدول الغربية أيضا هذه القواعد التي أرساها الفقه الإسلامي قبل حوالي 13 قرنا من الزمان .

حكم الجنون الذي يطرأ بعد الحكم بالإعدام على الشخص وقبل تنفيذ الحكم يوقف التنفيذ ، ومن يرتكب جريمة قتل وهو عاقل ثم يطرأ الجنون بعد ذلك فإنه في حكم فقهاء الشافعية والحنابلة لا يسقط عنه القصاص ، وينفذ فيه حكم القصاص في حالة جنونه سواء كان ثبوت الجريمة عليه ببينة أو إقرار ، أما الحنفية فلهم رأى أخر حيث يقولون أن الجنون إذا طرأ قبل أن يصدر حكم القضاء عليه أو بعده سقط القصاص استحسانا وانقلب دية من ماله ، أما من يجن ويفيق فيقتضى منه حالة إفاقته ، وعند مالك أيضا ينتظر إفاقة المجنون لتنفيذ القصاص، فإن لم يكن هناك رجاء في إفاقته كانت عليه الدية في ماله ،ولا يقتل وهو مجنون.

ونلاحظ من خلال مراجعة أحكام الجنون والأهلية العقلية في منظور الشريعة الإسلامية أن فقهاء المسلمين اكتشفوا منذ قرون طويلة حقيقة علمية هامة يمكن الاستدلال عليها في أحكامهم هي أن المرض العقلي ليس درجة واحدة بل هو درجات متفاوتة ، كما تنبهوا إلى أن حالة الجنون تتغير ، ولم يحكموا في الجنون على إطلاقه .

ويتفق ذلك مع اتجاه الطب النفسي الحديث الذي يتم فيه تصنيف الاضطرابات العقلية إلى مجموعات ودرجات مختلفة،وإذا أخذنا حكم الحجرفي الإسلام كمثال على ذلك نجد أن أبو حنيفة قد سمح للصبي والمعتوه بالقيام ببعض المعاملات التي يعرفون معناها وطبيعتها ، وهو حكم دقيق من وجهة نظر الطب النفسي،فالأهلية أو الكفاءة العقلية لا ترتبط بتشخيص مرض معين بل تتعلق عادة بأغراض معينة ، وهذا مثال أخر على سبق الشريعة الإسلاميةفي أحكامها للقوانين الحالية والطب النفسي الحديث

## أحكـــــام الشريعة الإسلامية في بعض المشكلات المعاصرة

### سر المريض في الفقه الإسلامي

يعتبر السر أمانة لدى من استودع حفظه التزاما بتعاليم الشريعة ، وما يقضى به من خلق المروءة وآداب المعاملة ، والسر هو ما يفضى به الإنسان إلى أخر مستكتما إياه من قبل أو من بعد ، ويشمل المعلومات والخصوصيات ، وبصفة خاصة العيوب التي يكره الإنسان أن يطلع عليها الناس ، والأصل هو حظر إفشاء السر ، وإفشاؤه دون مقتضى معتبر موجب للمؤاخذة شرعا ، وقد ورد في قرار مجلس مجمع الفقه الإسلامي بشأن السر في المهن الطبية واجب حفظ السر على كل من يعمل في المهن التي يعود الإفشاء فيها على أصل المهنة بالخلل ، إذ يركن إلى هؤلاء ذو الحاجة لتقديم النصح والعون فيفضى إليهم بكل ما يساعدهم على حسن أداء مهامهم ، ومنها أسرار لا يكشفها المرء لغيرهم من الأقربين إليه .

وفى قرار مجمع الفقه الإسلامي تحت عنوان السر في المهن الطبية تم تحديد الحالات التي تستثنى من كتمان السر ، وهى الحالات التي يؤدى فيها كتمانه إلى ضرر يفوق ضرر إفشاء السر بالنسبة لصاحبه ، أو يكون إفشاء السر مصلحة ترجح على مضرة كتمانه ، وهذه الحالات على نوعين :

1- حالات يجب فيها إفشاء السر بناء على قاعدة ارتكاب أهون الضررين لتفويت أشدهما،وقاعدة تحقق المصلحة العامة التي تقضى بتحمل الضرر الخاص لدرء الضرر العام ، إذا تعين ذلك ، ومثال على ذلك :

- ما فيه درء مفسدة عن المجتمع .

- ما فيه درء مفسدة عن الفرد .

2- حالات يجوز فيها إفشاء السر لما فيه :

- جلب مصلحة للمجتمع .

- درء مفسدة عامه .

وهذه الحالات يجب الالتزام فيها بمقاصد الشريعة وأولوياتها من حيث حفظ الدين والنفس والعقل والنسل والمال ( قرار رقم 83 / 10 / د 8 من مجلس مجمع الفقه الإسلامي).

أما مسألة واجب الطبيب في التحذير والحماية فقد وجدنا في " إحياء علوم الدين " للغزالى إشارة إليها ، حيث يذكر أن التحذير من الشر مطلوب بالتلميح أولا ، فإن تتطلب الأمر التصريح فله أن يصرح به ، وضرب مثلا بذلك إذا رأى شخصا صاحب بدعة أو فسق فله أن يكشف ذلك ، والشاهد الذي يعلم مطعنا فيكون عليه أن يبينه ، ويقول " الماوردى " في مبحث الحسبة في كتابه " الأحكام السلطانية " : " فإن الطبيب إذا وقف على نية شخص وعزمه على قتل أخر فعليه منعه وكفه عن ذلك قبل انتهاك حرمة يمكن استدراكها أو ارتكاب المحظورات ، وهنا يجوز له الإقدام على البحث في ذلك والكشف عنه " ، ولعل ذلك يفيدفي توضيح المنظور الإسلامي في هذه المسألة التي كانت ولا تزال محل جدل كما أوضحنا أنفا .

**الحجر :**

تطلق تسمية " الحجر" على فقد الشخص أهليته لإدارة أمواله، والحجر في اللغة هو : المنع ، أي منع المريض من التصرف في أمواله وقد يكون فقدان الأهلية لعمل معين ولا يمتد إلى عمل أخر ، وإذا كان الشخص يندفع إلى تبذير أمواله على خلاف مقتضى العقل والشرع فهو سفيه ، وإذا كان يقبل من التصرفات ما يلحق به الغبن الفاحش الذي لا يدركه بسبب ضعف ملكات الإرادة والتقدير لديه فإنه غافل ، ويعين للمريض في هذه الحالة وصى يدير أمواله ، وتكون تصرفاته المالية في حكم تصرفات الصبي المميز ، فيصح منها ما كان نافعا ، ويبطل منها ما كان ضارا ، أما ما يقع بين النفع والضرر فلا ينفذ إلا إذا أجازه الولي المعين على هذا المريض .

وحكم الصبي والمجنون والسفيه والمفلس في الشرع في مذهب المالكية هو المنع من التصرف في ما زاد عن قوته ،وإذا باع احدهم شيئا أو اشترى أو تبرع كان هذا التصرف موقوف لا ينفذ إلا بإذن الولي ، وفى حالات أخرى لا يمنع الشخص من التصرف في البيع والشراء ، وإنما يمنع من التصرف في أكثر من ثلث ماله ، وفى فقه الشافعية فالحجر شرعا منع التصرف في المال لأسباب مخصوصة .

أما التصرف في أمور أخرى فإنه جائز للسفيه والمفلس والمريض حيث يمكنهم الإقرار بما يوجب العقوبة والخلع والطلاق ، أما الصبي غير المميز والمجنون فلا يصح تصرفهما في شيء على الإطلاق ،

والحجر عنه الحنابلة هو منع المالك من التصرف في ماله من قبل الشرع أو من قبل الحاكم ، وهذا يوضح اختلاف المذاهب حول حدود الحجر رغم الاتفاق والإجماع على صحة الحجر في حالة الجنون .

## حكم الإسلام في رفض المريض للعلاج والدخول الإلزامي :

تتفق مبادئ وجوب العلاج في الفقه الإسلامي مع ما تقرره المواثيق الدولية والقوانين الحالية ، حيث قضت قواعد الشريعة بوجوب التطبيب والتداوى بصفة عامة ، وبالنسبة للمرضى النفسيين فإن رضاء المريض الذي يعتبر من شروط إباحة العمل الطبي ، ويخول للأطباء الحق في إخضاعه للعلاج قد يكون عائقا أمام حصول هؤلاء المرضى على حقهم في العلاج ، ولا يمكن وفقا لكل القواعد إخضاع مريض للعلاج رغما عنه ، وهنا قد يكون رفض المريض للعلاج بسبب عاهة العقل التي تعوقه عن اتخاذ القرار ، والحكم في هذه الحالة حسب رأى الفقهاء إن الطبيب عليه أن يتولى العلاج دون رضاء المريض في الحالات الضرورية العاجلة التي لا تتحمل التأخير ، وأسسوا ذلك على أن الضرورات تبيح المحظورات ، ودرء المفاسد مقدم على جلب المصالح ، وتقتضى المصلحة إنقاذ حياة المريض دون الأخذ برأيه في هذه الحالة ، وإجازة عمل الطبيب في علاج المريض في هذه الحالة هي نوع من التعاون على البر والتقوى الذي أمر به الإسلام .

والامتناع عن تقديم العلاج لمريض نفسي في حاجة عاجلة للتداوى يعتبر تركا للواجب وأكثر عبارات الفقهاء تدل على عدم وجوب التداوى والعلاج إلا إذا كانت النتائج متيقن منها في إنها ستخفف الأعراض أو تؤدى إلى الشفاء أو تمنع تفاقم المرض ، وقد اختلف العلماء في الأصل والاستثناء ، فالأصل بين الإباحة والندب ، والاستثناء هو وجوب طلب العلاج إذا كانت نتائجه يقينية ، وأضاف بعضهم إلى التيقن حالة غلبة الظن إذا كانت احتمالات تحقيق النتائج أرجح من احتمالات عدم تحققها ، وهكذا يمكن القول بوجوب التداوى في حالتي التيقن وغلبة الظن بتحقيق النتائج ، وهنا يمكن تطبيق هذه القواعد على المرضى النفسيين حيث يمكن القول بمشروعية إجبارهم على العلاج حتى لو تطلب الأمر دخول المستشفى لأن ما لم يتم الواجب إلا به فهو واجب حسب رأى الفقهاء .

وموقف الشريعة الإسلامية من هذه المسألة يجيب بوضوح على نقطة كانت ولا تزال في محل جدل في الأوساط الطبية والقانونية ، وقد ورد ذكر ذلك في عرضنا للدخول الإلزامي للمرضى والعلاج الإجباري ، فالمريض النفسي الذي لا يوافق على العلاج وهو في حاجة إليه حسب الرأي الطبي فإن النائب عنه أو وليه يتخذ هذا القرار بدلا عنه ، فإن لم يكن له ولى فإن العلاج يتم تقديمه له أيضا دون أن يتوقف على شرط موافقته إذا تطلب الأمر ذلك .

## العلاقة بين الطبيب والمريض في الشريعة الإسلامية

يعتبر هدف علاج المريض وشفاؤه هو القصد من إباحة للعمل الطبيفي الشريعة الإسلامية، وقد ذكرنا كيف اهتم الإسلام بأمر الطب والعلاج والتداوى ، ومن أصول المهنة الطبية في الشريعة الإسلامية وجود قواعد متفق عليها وثابتة يلتزم بها الأطباء ، مع إمكانية الاجتهاد المستند إلى الخبرة والدراية ، والطبيب ملزم بإتباع أصول الطب المتعارف عليها ، وقد جاء في كتاب تبصره الحكام أن مخالفة القاضي للقواعد تبطل حكمه، وكذلك الطبيب يبطل حكمه إذا خالف أصول الطب ، والجهل في الطب له أحكام في الفقه الإسلامي ، واتفق الفقهاء على أن الطبيب الجاهل ضامنا لما تسبب في إتلافه بجهله ، وفى حديث رواه عمرو أبن شعيب عن رسول الله " ص " أنه قال : " من تطبب ولم يعلم منه طب قبل ذلك فهو ضامن " وبذلك يعيد الطبيب الذي ادعى الطب أو كان دون المستوى المطلوب محلا للمسائلة .

وحول سوء الممارسة الطبية وردت بعض الأحكام التي تناولتها بعض كتب الحسبة مثل كتاب " نهاية الرتبة في طلب الحسبة " للشيزرى ( ج38 ) حيث يتناول مراقبة الأطباء ، والواجبات التي يتعين عليهم التزامها ، وأن الأطباء و الجراحين المجبرين لا يجوز لهم الإقدام على علاج فيه مخاطره أو التعرض لما لا علم لهم به

، وينبغي أن يكون لهم مقدم من أهل صناعتهم يعرضون عليه في فيمتحنهم ، ومن يجده مقصراً في علمه يأمره بالاشتغال وقراءة العلم ،وينهاه عن المداواة ، ويقوم هذا الحكيم بمراجعة عمل الطبيب إذا مات مريض ،

فإن رآه على مقتضى الحكمة بغير تفريط ولا تقصير من الطبيب قضى بفروغ أجله ، وإن رأى الأمر بخلاف ذلك قال لأهله:"خذوا دية صاحبكم من الطبيب فهو الذي قتله بسوء صناعته وتفريطه"، وهذا هو دور الرقابة الذي كان يعهد بالقيام به إلى المحتسب ، كما كان يعهد إليه بأن يأخذ على الأطبـــــاء عهد " أبقراط " ويحلفهم أن لا يعطوا أحدا دواء مضرا ،ولا يركبوا له سما ، ولا يذكروا للنساء الدواء الذي يسقط الأجنة ، وللرجال الذي يقطع النسل، ولا يفشوا الأسرار أو يتهتكوا الأستار ولا يتعرضوا في ما ينكر عليهم فيه.

والحالات التي يحدث فيها خلاف بين الطبيب والمريض هي موضع اهتمام في الفقه الإسلامي، والملاحظ من نصوص الحنفية والشافعية والمالكية أن الطبيب يضمن ما سرى من مغلة في حالة جهل المريض بعدم مهارة الطبيب ، والخلاف فقط على حالة معرفة المريض بجهل الطبيب، فهناك من يقول انه غير ضامن، ومن يحكم بتضمين الطبيب الجاهل حتى وأن علم المريض ذلك وأذن له في تطبيبه ،

وهناك مسألة الخلاف بين الطبيب والمريض ومن يكون عليه البينة منهما ، وتذهب بعض أراء الفقهاء إلى أن القول قول الطبيب ، ويستدل على ذلك بأن الطبيب أمين على عمله، والأمناء مصدقون في أقوالهم ، والأصل فيهم براءة الذمة ، والقول الفصل هنا هو شهادة أهل المعرفة والخبرة لأن علاقة المريض والطبيب هي علاقة تعاقدية للعلاج مقابل الأجر ، وشهادة أهل الخبرة في الطب هي المرجع والأصل عند اختلاف المتعاقدين وهذه هو حكم الشريعة الإسلامية في المسائل المتعلقة بعلاقة الطبيب والمريض وسوء الممارسة الطبية الذي سبق به الفقه الإسلامي كل القوانين والقواعد الحالية بقرون طويلة .

## خاتمة

## استنتاج ومقترحات عملية



بعد أن طرحنا كل هذه المسائل والقضايا المتعلقة بحقوق المريض النفسي من جوانب مختلفة ، وأوردنا بعض الأمثلة لمشكلات من واقع الممارسة الطبية في مجال الطب النفسي تدل على طبيعة الوضع الراهن فيما يتعلق بحقوق المرضى النفسيين وهمومهم والصعوبات التي تحيط بعلاجهم ورعايتهم ، والعلاقات بين المريض من ناحية وبين المعالجين وأفراد أسرته والمجتمع من الناحية الأخرى ،ثم من خلال سردنا لبعض من الاعتبارات الأخلاقية التي يمثل بعضها مسائل مثيرة للجدل تتطلب المزيد من البحث للتوصل إلى حل ملائم ، وبعد أن قمنا بعرض المجالات التي يتصل فيها الطب النفسي بالقانون وطبيعة العلاقة بينهما ، بعد ذلك

فإننا الآن بدلا من أن نقدم بعض التوصيات النظرية كما هي العادة في أي بحث ، فإننا نرى أن الأجدى والأكثر فائدة هو أن نقدم ما يشبه الخطة العملية التي تتضمن عدة خطوات محددة  وتكون قابلة للتطبيق ومن الوضوح بحيث يمكن أن تتحول من أن توضع تحت تصرف أصحاب القرار في الجهات المعنية بهذا الموضوع إلى تغيير علمي ملموس يحقق وضعا أفضل بالنسبة للمريض النفسي وأهله والمجتمع وكل من يهمه أمر هذه القضايا المتعلقة بحقوق المريض النفسي .

والخطة العملية التي نقترحها ونطرحها هنا تتكون من البنود والخطوات التالية :

قانون موحد للطب العقلي :

هناك حاجة ماسة إلى وضع قانون موحد لكل الأمور المتعلقة بالطب النفسي والمرضى النفسيين ، والوضع الراهن هو وجود قوانين قديمة في بعض البلدان تحتاج إلى التعديل ، وفى بلدان عربية أخرى لا يوجد قانون للطب العقلي ، وتسير الأمور وفق بعض القواعد غير الثابتة ، ويعتبر التوصل إلى قانون موحد ينطبق في أكبر عدد من البلدان العربية والإسلامية ، ويتلائم مع ظروف العصر، وتستمد مواده من الشريعة الإسلامية ضمن الأولويات الهامة التي يجب الإسراع بإنجازها دون إبطاء.

ويجب أن تتضمن بنود القانون الموحد المقترح للطب النفسي أو العقلي ما يلي :

الحقوق الدستورية للمريض النفسي بصورة واضحة .

تنظيم العلاقة بين الطب النفسي والقضاء .

بنود خاصة بجرائم المرضى النفسيين وكيفية محاكمتهم .

سرية المريض وحفظها وحدودها .

حالات الدخول الإلزامي للعلاج ، وشروط تقييد حرية المريض وضوابطها.

تعريفات واضحة للحالات النفسية (أو الجنون) ، وتحديد المسئولية الجنائية .

الحالات التي تسقط فيها المسئولية الجنائية .

الأهلية والكفاءة العقلية في العقود ، والزواج ، والوصية ، والحجر ، والأحوال الشخصية

## مشكلات سوء الممارسة الطبية والعلاقة بين المريض والطبيب النفسي.

التوعية النفسية :

هناك حاجة عاجلة أيضا إلى وضع برامج للتوعية بطبيعة الأمراض النفسية يتم توجيهها إلى مختلف قطاعات المجتمع من كل مستويات التعليم ، وعلاقة ذلك مباشرة وهامة بمسألة حقوق المريض النفسي حيث تسهم المعرفة في هذا المجال في تعديل كثير من الاتجاهات السلبية نحو المرض النفسي ، ومرضى النفس ، وتحسين صورتهم بما يؤدى إلى التعاطف معهم وقبولهم ، وإزالة الوصمة التي تمثل عبئا هائلا على المرضى النفسيين وذويهم ، ويتم ذلك عملياً بالوسائل التالية:

دور وسائل الإعلام في إعداد برامج مبسطة للتوعية بالمرض النفسي ، وتقديم معلومات عن طبيعة هذه الأمراض في قوالب مقبولة تصل إلى الملايين من مشاهدي التليفزيون ومستمعي الإذاعة وقراء الصحف .

تعديل الصورة السلبية للمرضى النفسيين والطب النفسي - التي أسهم الإعلام في تكوينها - عن طريق التوعية النفسية ، والتوقف عن استخدام المرضى النفسيين والأطباء كموضوع للفكاهة والمبالغة التي قد تسيء إليهم .

ضرورة قيام جهات متعددة في مقدمتها السلطات الصحية خصوصا مؤسسات الرعاية النفسية بتقديم خدماتها إلى المجتمع خارج أسوارها للوصول إلى أكبر عدد من الحالات حيث أن الغالبية العظمى ممن يحتاجون إلى الرعاية النفسية لا يذهبون بأنفسهم لطلب العلاج ، ويحقق ذلك علاقة طيبة للطب النفسي بالمجتمع .

تكرار ظهور المتخصصين في الطب النفسي والخدمات النفسية والاجتماعية في وسائل الإعلام ، والحديث عن الخدمات النفسية التي يتم تطويرها ، وإنتاج الكتب والنشرات المبسطة ، وتوزيعها على أكبر قطاع من المواطنين يفيد كثيرا في إزالة الحواجز بين الطب النفسي والمجتمع .

**خطوات أخرى :**

هناك بعض الخطوات الأخرى التي نرى أن القيام بها يفيد بطرق مباشرة في حصول المرضى النفسيين على حقوقهم وتخفيف معاناتهم ، نذكر منها هذه المقترحات :

افتتاح عيادات نفسية داخل المستشفيات العامة ثبت انه يسهم كثيرافي تشجيع التردد عليها بدلا من المستشفيات النفسية ،

كما أنها تقدم خدمة أفضل وسط التخصصات الطبية الأخرى ، ويزول الحرج من استخدام خدماتها ، ويمكن تطبيق ذلك دون صعوبة ودون الحاجة إلى إمكانيات أو تكلفة عالية .

استبدال المستشفيات العقلية الكبيرة المعروفة التي تضم عددا كبيرا من الأسرة يصل إلى المئات والآلاف بوحدات أخرى صغيرة في مناطق مختلفة ، وهذه التجربة تم تطبيقها في بعض البلدان وتمثل اتجاها لتحسين الخدمة وحسن إدارة الوحدات الصغيرة التي لا تزيد طاقة الاستيعاب بها عن 100 سرير في المتوسط .

البدء فورا بتحديد حجم مشكلة الأمراض النفسية والإعاقة العقلية عن طريق إحصائيات وبائية حتى يمكن التخطيط لتقديم خدمات نفسية يتم تحديدها وتوزيعها تبعا لذلك ،وأذكر هنا أن ذلك ممكن عمليا عن طريق الرعاية الأولية ، ويمكن أن تحدد من واقع خرائط توزيع الحالات النفسية في كل منطقة حتى يمكن متابعتها .

الاهتمام بالجودة النوعية Quality assurance وتحسين الجودة Quality improvement في الخدمات المقدمة حاليا للمرضى النفسيين من خلال الرقابة والإشراف على المستشفيات والمصحات والعيادات النفسية والمراجعة المستمرة لطبيعة ومواصفات الرعاية الصحية لهم .

الحاجة إلى تنسيق بين الجهات التي تهتم بالمرضى النفسيين وهى السلطات الصحية ، والرعاية الاجتماعية ، والمؤسسات الأهلية ، ورعاية الشباب ، والجهات الأمنية ، والدعوة الدينية ، وإيجاد الوسيلة للاتصال فيما بين هذه الجهات لتقديم خدمات متكاملة والتعاون لمساعدة المرضى النفسيين في المستشفيات وبعد الخروج إلى المجتمع .

وفى ختام هذا الموضوع ، نقدم اقتراحا بإصدار " دليل " حول موضوع حقوق المريض النفسي يتضمن سرد وتوضيح النقاط الخاصة بوضع المرضى النفسيين ، وضرورة احترامهم ، وطبيعة علاقتهم بالمجتمع، وبعض البنود المتعلقة بالقوانين المعمول بها حاليا في البلدان العربية والإسلامية الخاصة بحماية المرضى النفسيين وكذلك المنظور الإسلامي لهذا الموضوع ليكون ذلك نقطة بداية لاهتمام واسع بهذا الموضوع .

والله الموفق والمستعان ،،،

# ملاحق

Appendices

## ملحق (1)

مبادئ الأمم المتحدة حول حقوق المرضي النفسيين

- حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية ( 119/46 ) .

أن الجمعية العامة،إذ تضع في اعتبارها أحكام الإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية،والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية،وأحكام الصكوك الأخرى ذات الصلة، مثل إعلان حقوق المعوقين،ومجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذين يتعرضون لأي شكل من أشكال الاحتجاز أو السجن.

وإذ تشير إلي قرارها 53/33 المؤرخ في 14 كانون الأول / ديسمبر 1978 ، الذي طلبت فيه إلي لجنة حقوق الإنسان أن تحث اللجنة الفرعية لمنع التمييز وحماية الأقليات علي الاضطلاع ، علي سبيل الأولوية ، بدراسة بشأن مسألة حماية الأشخاص المحتجزين علي أساس اختلال صحتهم العقلية ، بغية أعداد مبادئ توجيهية .

وإذ تشير أيضا إلي قرارها 92/45 المؤرخ في 14 كانون الأول / ديسمبر 1990 ، الذي رحبت فيه بالتقدم الذي أحرزه الفريق العامل التابع للجنة حقوق الإنسان في وضع مشروع مجموعة مبادئ لحماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية علي أساس مشروع مقدم إلي اللجنة من اللجنة الفرعية لمنع التمييز وحماية الأقليات.

وإذ تحيط علماً بقرار لجنة حقوق الإنسان 46/1991 المؤرخ في 5 آذار / مارس 1991 ، الذي أيدت فيه اللجنة مشروع مجموعة المبادئ التي قدمها إليها الفريق العامل وقررت إحالتها مع تقرير الفريق العامل إلي الجمعية العامة عن طريق المجلس الاقتصادي والاجتماعي .

وإذ تحيط علماً أيضا بقرار المجلس الاقتصادي والاجتماعي 29/1991 المؤرخ في 31 آيار / مايو 1991 ، الذي قرر فيه المجلس إحالة مشروع مجموعة المبادئ وتقرير الفريق العامل إلي الجمعية العامة.

وإذ تحيط علماً كذلك بتوصيات لجنة حقوق الإنسان الواردة في قرارها 46/1991 وتوصيات المجلس الاقتصادي والاجتماعي الواردة في قراره 29/1991 بأنه ينبغي ، عند اعتماد الجمعية العامة لمشروع مجموعة المبادئ ، نشر نصها الكامل علي أوسع نطاق ممكن ونشر مقدمة مجموعة المبادئ في الوقت ذاته بوصفها وثيقة مصاحبة ، وذلك لفائدة الحكومات والجمهور عامة.

وإذ تحيط علماً بمذكرة الأمين العام ، التي يتضمن مرفقها مشروع مجموعة المبادئ ومقدمة مجموعة المبادئ .

تعتمد مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية الوارد نصها في مرفق هذا القرار ؛

تطلب إلي الأمين العام إدراج نص مجموعة المبادئ هو والمقدمة في الطبعة القادمة من " حقوق الإنسان : مجموعة صكوك دولية " ؛

تطلب إلي الأمين العام نشر مجموعة المبادئ علي أوسع نطاق ممكن وضمان نشر المقدمة في الوقت ذاته كوثيقة مصاحبة ، وذلك لفائدة الحكومات والجمهور عامة .

الجلسة العامة 75

17 كانون الأول / ديسمبر 1991

المرفق

مبادئ حماية الأشخاص المصابين بمرض عقلي وتحسين العناية بالصحة العقلية

الانطباق

تنطبق هذه المبادئ دون تمييز بأي دافع ، كالتمييز بسبب العجز ، أو العنصر ، أو اللون ، أو اللغة ، أو الدين ، أو الرأي السياسي أو غير السياسي ، أو الأصل القومي أو الاجتماعي ، أو المركز القانوني أو الاجتماعي ، أو السن ، أو الثروة ، أو المولد .

التعاريف

في هذه المبادئ :

تعني عبارة " المحامي " ممثلاً قانونياً أو ممثلاً أخر مؤهلاً .

تعني عبارة " السلطة المستقلة " سلطة مختصة ومستقلة يقضي بوجودها القانون المحلي .

تشمل " العناية بالصحة العقلية " تحليل حالة الشخص العقلية وتشخيصها وتوفير العلاج والعناية وإعادة التأهيل فيما يتعلق بمرض عقلي أو الاشتباه في الإصابة بمرض عقلي .

تعني " مصحة الأمراض العقلية " اى مؤسسة ، أو اى وحدة في مؤسسة تكون وظيفتها الأساسية توفير العناية بالصحة العقلية .

تعني عبارة " الممارس في الصحة العقلية " طبيباً ، أو أخصائيا نفسياً أو إكلينيكيا ، أو ممرضة ، أو أخصائيا اجتماعيا أو شخصاً آخر مدرباً ومؤهلاً علي نحو مناسب وذا مهارات خاصة تتصل بالرعاية الصحية العقلية .

تعني عبارة " المريض " شخصاً يتلقي رعاية صحية عقلية ، وتشمل جميع الأشخاص الذين يدخلون مصحة للأمراض العقلية .

تعني عبارة " الممثل الشخصي " شخصاً يكلفه القانون بمهمة تمثيل مصالح المريض في اى ناحية خاصة أو ممارسة حقوق خاصة نيابة عن المريض ، ويشمل ذلك الأب أو الأم أو الوصي القانوني علي قاصر ما لم ينص القانون المحلي علي غير ذلك .

تعني عبارة " هيئة الفحص " الهيئة المنشأة وفقاً للمبدأ 17 لإعادة النظرفي إدخال مريض أو احتجازه قسراً في مصحة للأمراض العقلية .

بند تقييدي عام

لا يجوز إخضاع ممارسة الحقوق الواردة في هذه المبادئ إلا للقيود التي يقضي بها القانون والتي تكون لازمة لحماية صحة وسلامة الشخص المعني أو الأشخاص الآخرين ، أو لحماية السلامة العامة أو النظام العام أو الصحة العامة أو الآداب العامة ، أو حقوق الآخرين وحرياتهم الأساسية .

المبدأ 1

الحريات الأساسية والحقوق الأساسية

يتمتع جميع الأشخاص بحق الحصول علي أفضل ما هو متاح من رعاية الصحة العقلية التي تشكل جزءاً من نظام الرعاية الصحية والاجتماعية .

يعامل جميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة معاملة إنسانية مع احترام ما للإنسان من كرامة أصيلة .

لجميع الأشخاص المصابين بمرض عقلي أو الذين يعالجون بهذه الصفة الحق في الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي وغيرهما من أشكال الاستغلال ، ومن الإيذاء الجسدي أو غير الجسدي والمعاملة المهينة .

لا يجوز أن يكون هناك تمييز بدعوى المرض العقلي،ويعني "التمييز" اى تفريق أو استبعاد أو تفضيل يؤدى إلي إبطال او أضعاف في التمتع بالحقوق ، ولا تعتبر التدابير الخاصة التي تتخذ لمجرد حماية حقوق الأشخاص المصابين بمرض عقلي ، أو ضمان النهوض بهم تمييز ، ولا يشمل التمييز اى تفريق ، أو استبعاد أو تفضيل يجرى وفقا لأحكام هذه المبادئ ويكون ضرورياً لحماية ما لشخص مصاب بمرض عقلي أو لأفراد آخرين من حقوق الإنسان .

لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في ممارسة جميع الحقوق المدنية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية المعترف بها في الإعلان العالمي لحقوق الإنسان ، والعهد الدولي الخاص بالحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية ، والعهد الدولي الخاص بالحقوق المدنية والسياسية ، وفي الصكوك الأخرى ذات الصلة مثل الإعلان الخاص بحقوق المعوقين ، ومجموعة المبادئ المتعلقة بحماية جميع الأشخاص الذي يتعرضون لأي شكل من أشكال الاعتقال أو السجن .

اى قرار يتخذ،بسبب إصابة شخص بمرض عقلي،بأن هذا الشخص عديم الأهلية القانونية،وأي قرار يتخذ،نتيجة لعدم الأهلية ، بتعيين ممثل شخصي ، لا يجوز اتخاذه إلا بعد محاكمة عادلة تجريها محكمة ونزيهة ، منشأة بموجب القانون المحلي ، ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر أن يمثله محام ، وإذا لم يحصل الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر علي هذا التمثيل بنفسه ، وجب أن يوفر له هذا التمثيل دون أن يدفع أجرا عنه طالما لم تكن تتوفر له الإمكانيات الكافية للدفع ، ولا يجوز أن يمثل المحامي في نفس الدعوى مصحة للأمراض العقلية أو العاملين فيها ، ولا يجوز أيضا أن يمثل احد أفراد أسرة الشخص الذي تكون أهليته موضع النظر ، ما لم تقتنع المحكمة بانعدام التعارض في المصلحة ، ويجب أن يعاد النظر في القرارات المتعقلة بالأهلية وبالحاجة إلي ممثل شخصي علي فترات متفرقة معقولة يحددها القانون المحلي ، ويحق للشخص الذي تكون أهليته موضع النظر ، ولممثله الشخصي ، أن وجد ، ولأي شخص آخر معني أن يستأنف اى قرار من هذا القبيل أما محكمة اعلي.

عندما تتبين محكمة أو هيئة قضائية مختصة أخرى أن الشخص المصاب بمرض عقلي عاجز عن إدارة شؤونه ، تتخذ التدابير ، في حدود ما يلزم ويناسب حالة ذلك الشخص ، لضمان حماية مصالحه .

المبدأ 2

حماية القصر

تولي عناية خاصة ، في حدود اغراض هذه المبادئ وفي إطار القانون المحلي المتعلق بحماية القصر ، لحماية حقوق القصر ، بما في ذلك ، إذا لزم الأمر ، تعيين ممثل خاص من غير أفراد الأسرة .

المبدأ 3

الحياة في المجتمع المحلي

لكل شخص مصاب بمرض عقلي الحق في أن يعيش وان يعمل ، قدر الإمكان ، في المجتمع المحلي .

المبدأ 4

تقرير الإصابة بالمرض العقلي

يكون تقرير أن شخصاً مصاباً بمرض عقلي وفقاً للمعايير الطبية المقبولة دولياً.

لا يجوز أبدا تقرير الإصابة بمرض عقلي علي أساس المركز السياسي أو الاقتصادي أو الاجتماعي ، أو العضوية في جماعة ثقافية أو عرقية أو دينية أو لأي سبب آخر لا يمت بصلة مباشرة لحالة الصحة العقلية .

لا يجوز أبدا أن يكون النزاع الأسرى أو المهني ، أو عدم الامتثال للقيم الأخلاقية أو الاجتماعية أو الثقافية أو السياسية أو المعتقدات الدينية السائدة في المجتمع المحلي لشخص ما ، عاملاً مقرراً في تشخيص المرض العقلي .

لا يجوز أن يبرر اى قرار يتخذ في الحاضر أو المستقبل بشأن إصابة شخص بمرض عقلي بمجرد أن يكون هذا الشخص قد سبق علاجه أو دخولهفي مستشفي بصفته مريضاً .

لا يجوز لأي شخص أو لأي هيئة تصنيف ما علي انه مصاب بمرض عقلي ،أو الإشارة إلي ذلك بطريقة أخرى ، إلا للأغراض التي تتصل مباشرة بالمرض العقلي أو بعواقبه .

المبدأ 5

الفحص الطبي

لا يجوز إجبار اى شخص علي إجراء فحص طبي يستهدف تقرير ما إذا كان مصاباً أو غير مصاب بمرض عقلي إلا وفقا لإجراء مصرح به في القانون المحلي .

المبدأ 6

السرية

يحترم الحق في سرية المعلومات فيما يتعلق بجميع الأشخاص الذين تنطبق عليهم هذه المبادئ .

المبدأ 7

دور المجتمع المحلي والثقافة

لكل مريض الحق في أن يعالج وان يعتني به ، قدر الإمكان ، في المجتمع المحلي الذي يعيش فيه .

حينما يجرى العلاج في مصحة للأمراض العقلية يكون من حق المريض أن يعالج بالقرب من منزله أو منزل أقربائه أو أصدقائه متى أمكن ذلك ، وان يعود إلي مجتمعه المحلي في اقرب وقت ممكن .

لكل مريض الحق في علاج يناسب خلفيته الثقافية .

المبدأ 8

معايير الرعاية

لكل مريض الحق في أن يحصل علي الرعاية الصحية والاجتماعية التي تناسب احتياجاته الصحية ، كما يحق له الحصول علي الرعاية والعلاج وفقاً لنفس المعايير المنطبقة علي المرضي الآخرين .

توفر كل مريض الحماية من الأذى ، بما في ذلك العلاج بالأدوية التي لا يكون هناك مبرر لها ، ومن الإيذاء علي أيدي المرضي الآخرين أو الموظفين أو غيرهم ، ومن الأعمال الأخرى التي تسبب ألما عقليا أو ضيقاً بدنياً .

المبدأ 9

العلاج

لكل مريض الحق في أن يعالج بأقل قدر من القيود البيئية ، وبالعلاج الذي يتطلب اقل قدر ممكن من التقييد أو التدخل ويكون ملائماً لاحتياجات المريض الصحية وللحاجة إلي حماية سلامة الآخرين البدنية.

يكون علاج كل مريض ورعايته قائماً علي أساس خطة توضع لكل مريض علي حدة وتناقش معه ، ويعاد النظر فيها بانتظام ، وتعدل حسب الاقتضاء ، ويقدمها مهنيون مؤهلون .

يكون توفير الرعاية للصحة العقلية دائماً وفقاً لما ينطبق من معايير آداب المهنة المتعلقة بالممارسين في ميدان الصحة العقلية ، بما في ذلك المعايير المقبولة دولياً مثل مبادئ آداب مهنة الطب المتعلقة بدور الموظفين الصحيين، ولا سيما الأطباء ، في حماية المسجونين والمحتجزين من التعذيب وغيره من ضروب المعاملة أو العقوبة القاسية أو اللاانسانية أو المهينة ، التي اعتمدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة ، ولا يجوز أبدا إساءة استخدام المعلومات والمهارات الطبية في مجال الصحة العقلية .

ينبغي أن يستهدف علاج كل مريض الحفاظ علي استقلاله الشخصي وتعزيزه .

المبدأ 10

العلاج والأدوية

يتعين أن تفي الادوية باحتياجات المريض الصحية علي أفضل وجه ، ولا تعطي للمريض إلا لأغراض علاجيه أو تشخيصية وليس علي سبيل العقوبة .

لا يجوز وصف الأدوية إلا عن طريق متخصصين في الصحة العقلية أو ممارس يصرح له القانون بذلك ويسجل العلاج في سجلات المريض.

المبدأ 11

الموافقة علي العلاج

لا يجوز إعطاء اى علاج لمريض دون موافقته عن علم باستثناء ما يرد النص عليه في بنود أخرى من هذا المبدأ .

الموافقة عن علم هي موافقة يتم الحصول عليها بحرية دون تهديد أو إغراء عن طريق معلومات كافية ومفهومة للمريض حول:التشخيص- الغرض من العلاج ومدته المحتملة والفائدة المتوقعة منه - أساليب العلاج الأخرى - خطة العلاج المقترح وآثاره الجانبية .

يجوز للمريض أن يطلب حضور شخص أو أشخاص من اختياره أثناء إجراء إعطاء الموافقة .

للمريض حق في رفض اى علاج أو إيقافه ، وينبغي أن يتم شرح عواقب ذلك للمريض

لا يجوز بأي حالة دعوة المريض أو إغراؤه بالتنازل عن حقه بإعطاء الموافقة عن علم ويجب توضيح انه لا يمكن إعطاء العلاج إلا بالموافقة.

باستثناء بعض الحالات يمكن إعطاء المريض العلاج دون موافقة إذا كان المريض لا يستطيع بحكم حالته أن يدرك حالته وحاجته للعلاج .

يمكن لممثل شخصي للمريض إعطاء الموافقة بعد تقديم معلومات له عن العلاج إذا كان المريض لا يستطيع إعطاء الموافقة .

إذا تطلبت حالة المريض التدخل العاجل وقرر ذلك أطباء الصحة العقلية يمكن إعطاء الأدوية الضرورية فقط .

يجب إعلام المريض بالعلاج إذا لم تؤخذ موافقته وإشراكه في خطة العلاج بأي وسيلة ممكنة .

يجب تسجيل كل علاج للمريض في السجلات فوراً سواء كان اختياري أو غير اختياري .

لا يستخدم التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري للمريض إلا حسب الإجراءات المعتمدة رسمياً لمصحة الأمراض العقلية ، وفقط عندما يكون ذلك هو الوسيلة الوحيدة المتاحة للحيلولة دون وقوع ضرر فوري أو وشيك للمريض أو للآخرين . ويجب أن لا يمتد هذا الإجراء إلي الفترة الضرورية تماماً لتحقيق هذا الغرض .

وتسجل جميع حالات التقييد الجسدي أو العزل غير الاختياري ، وأسبابها ، وطبيعتها ، ومداها في السجل الطبي للمريض ، ويجب إبقاء المريض المقيد أو المعزول في ظروف مناسبة وتحت الرعاية والمراقبة الدقيقة والمنتظمة من جانب موظفي المصحة المؤهلين ويجب إشعار الممثل الشخصي ، أن وجد وإذا كان لذلك صلة بالموضوع ، علي الفور بأي تقييد جسدي أو عزل غير اختياري للمريض .

لا يجوز مطلقا إجراء التعقيم كعلاج للمرض العقلي .

لا يجوز إجراء معالجة طبية أو جراحية كبيرة لشخص مصاب بمرض عقلي إلا إذا كان القانون المحلي يسمح بذلك ، وفقط في حالة اعتبار ذلك يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية ، وبشرط موافقة المريض عن علم علي ذلك إلا في الحالة التي يكون فيها المريض عاجز عن إعطاء الموافقة عن علم ، ولا يجوز الإذن بالمعالجة إلا بعد استعراض شامل للحالة .

لا يجوز إجراء معالجة نفسية أو غيرها من أنواع العلاج التجاوزي الذى لا يمكن تدارك آثاره للمرض العقلي لمريض مودع في مصحة للأمراض العقلية دون إرادته ، ويجوز إجراء هذه العلاجات ، في الحدود التي يسمح بها القانون المحلي ، لأي مريض أخر فقط عندما يكون المريض قد أعطي موافقته عن علم وتكون هيئة خارجية مستقلة قد اقتنعت بأن هناك موافقة حقيقية عن علم وبأن العلاج يفي علي أفضل وجه باحتياجات المريض الصحية .

لا يجوز مطلقاً إجراء تجارب إكلينيكية وعلاج تجريبي علي اى مريض دون موافقته عن علم،ويستثني من ذلك حالة عجز المريض عن إعطاء الموافقة عن علم ، حيث لا يجوز عندئذ أن تجرى عليه تجربة إكلينيكية أو أن يعطي علاجاً تجريبياً إلا بموافقة هيئة فحص مختصة ومستقلة تستعرض حالته ويتم تشكيلها خصيصاً لهذا الغرض .

في الحالات المحددة في الفقرات 6 ، 7 ، 8 ، 13 ، 14 ، 15 من هذا المبدأ يحق للمريض أو لممثله الشخصي ، أو لأي شخص معني ، أو يطعن أمام هيئة قضائية أو سلطة مستقلة أخرى في اى علاج يعطي للمريض .

المبدأ 12

الإشعار بالحقوق

يحاط المريض المودع في مصحة للأمراض العقلية علماً ، في اقرب وقت ممكن بعد إدخاله في المصحة ، بشكل ولغة يمكن للمريض أن يفهمها ، بجميع حقوقه وفقاً لهذه المبادئ وبموجب القانون المحلي ، ويجب أن تتضمن المعلومات توضيحاً لهذه الحقوق ولكيفية ممارستها .

إذا عجز المريض عن فهم هذه المعلومات ، وما دام عجزه عن هذا الفهم قائماً ، وجب عندئذ إبلاغ حقوق المريض إلي الممثل الشخصي ، إن وجد وإذا كان ذلك ملائماً ، والي الشخص أو الأشخاص القادرين علي تمثيل مصالح المريض علي أفضل وجه والراغبين في ذلك .

يحق للمريض الذي يتمتع بالأهلية اللازمة أن يعين شخصاً تبلغ إليه المعلومات نيابة عنه ، وكذلك شخصاً لتمثيل مصالحه لدى سلطات المصحة .

المبدأ 13

الحقوق والأحوال في مصحات الأمراض العقلية

يكفل الاحترام الكامل لحق كل مريض مودع في مصحة للأمراض العقلية في أن يتمتع ، بصفة خاصة ، بما يلي :

أ - الاعتراف في كل مكان بصفته الاعتبارية أمام القانون .

ب - خصوصيته .

ج - حرية الاتصالات التي تشمل حرية الاتصال بالأشخاص الآخرينفي المصحة ، وحرية إرسال وتسلم رسائل خاصة غير مراقبة ، وحرية تلقي زيارات مكفولة الخصوصية من محام أو ممثل شخصي ،

ومن زائرين آخرين في جميع الأوقات المعقولة ، وحرية الحصول علي خدمات البريد والهاتف وعلي الصحف والاستماع إلي الإذاعة ومشاهدة التليفزيون .

د - حرية الدين أو المعتقد .

تكون البيئة والأحوال المعيشية في مصحات الأمراض العقلية اقرب ما يمكن لأحوال الحياة الطبيعية التي يحياها الأشخاص ذوو السن المماثلة ، وتشمل بصفة خاصة ما يلي :

أ- مرافق للأنشطة الترويحية وأنشطة أوقات الفراغ .

ب - مرافق للتعليم .

ج - مرافق لشراء أو تعني الأشياء اللازمة للحياة اليومية والترفيه والاتصال .

د - مرافق لاشتراك المريض في عمل يناسب خلفيته الاجتماعية والثقافية ، وللتدابير المناسبة لإعادة التأهيل المهني من اجل تعزيز إعادة الاندماج في المجتمع ، والتشجيع علي استخدام هذه المرافق ، ويجب أن تشمل تلك التدابير الإرشاد المهني وخدمات للتدريب المهني و لإيجاد العمل ، بغية تمكين المرضي من الحصول علي عمل في المجتمع أو الاحتفاظ به .

لا يجوز في اى ظروف إخضاع مريض للعمل الإجباري ، وينبغي أن يتمكن المريض ، في الحدود التي تتفق مع احتياجاته ومع متطلبات إدارة المؤسسة ، من اختيار نوع العمل الذي يريد أن يؤديه .

لا يجوز استغلال عمل مريض في مصحة للأمراض العقلية ويكون لكل مريض الحق في أن يحصل عن أي عمل يؤديه علي نفس الأجر الذي يدفع ، حسب القانون أو العرف المحلي ، عن مثل هذا العمل إلي شخص غير مريض ، ويجب أن يكون لكل مريض في جميع الأحوال الحق في الحصول علي نصيب منصف من اى اجر يدفع إلي مصحة الأمراض العقلية عن عمله .

المبدأ 14

موارد مصحات الأمراض العقلية

ينبغي أن يكون لمصحة الأمراض العقلية نفس مستوى الموارد الذي يكون لأي مؤسسة صحية أخرى ، ولا سيما ما يلي :

أ - عدد كاف من الأطباء المؤهلين وغيرهم من العاملين المهنيين المناسبين ، ومكان كاف لتوفير الخصوصية لكل مريض ، وبرنامج علاج مناسب وفعال .

ب - معدات لتشخيص الأمراض وعلاج المرضي .

ج - الرعاية المهنية المناسبة .

د - العلاج الكافي والمنتظم والشامل ، بما في ذلك إمدادات الأدوية .

يجب أن تقوم السلطات المختصة بالتفتيش علي كل مصحة للأمراض العقلية بتواتر كاف لضمان اتساق أحوال المرضي وعلاجهم ورعايتهم مع هذه المبادئ .

المبدأ 15

مبادئ إدخال المرضي في المصحات

في حالة احتياج مريض إلي العلاج في مصحة للأمراض العقلية ، تبذل كل الجهود الممكنة لتجنب إدخاله علي غير إرادته .

تجرى إدارة دخول المريض إلي مصحة للأمراض العقلية بنفس طريقة دخول اى مصحة أخرى من اجل اى مرض آخر .

يكون لكل مريض ادخل في مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته الحق في مغادرتها في اى وقت ، ما لم تنطبق عليه المعايير المتعلقة باحتجاز المرضي علي غير إرادتهم ، حسبما يرد بيانه في المبدأ 16 أدناه ، وينبغي إعلام المريض بهذا الحق .

المبدأ 16

إدخال المريض في مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته

لا يجوز إدخال شخص إلي مصحة للأمراض العقلية علي غير إرادته بوصفه مريضاً ، أو استبقاؤه كمريض علي غير إرادته في مصحة الأمراض العقلية بعد إدخاله كمريض باختياره ، ما لم يقرر طبيب مؤهل في مجال الصحة العقلية ومرخص له قانوناً بالممارسة في هذا المجال ، ويكون قراره ، وفقاً للمبدأ 4 أعلاه أن ذلك الشخص مصاب بمرض عقلي ، وأنه يرى ما يلي :

أ - انه يوجد ، بسبب هذا المرض العقلي ، احتمال جدي لحدوث أذى فوري أو وشيك لذلك الشخص أو لغيره من الأشخاص .

ب - أو انه يحتمل ، في حالة شخص يكون مرضه العقلي شديد وملكة التمييز لديه مختلة ، أن يؤدى عدم إدخاله المصحة أو احتجازه فيها إلي تدهور خطير في حالته أو إلي الحيلولة دون إعطائه العلاج المناسب الذي لا يمكن أن يعطي إياه إلا بإدخاله مصحة للأمراض العقلية ، وفقا لمبدأ أقل الحلول البديلة تقييداً .

وفي الحالة المشار إليها في الفقرة الفرعية ( ب ) ، يجب ، حيثما أمكن ذلك ، استشاره طبيب ممارس ثان في مجال الصحة العقلية ، يكون مستقلاً عن الطبيب الأول ، وإذا تمت هذه الاستشارة ، فإنه لا يجوز ادخال الشخص أو احتجازه علي غير ارادته الا بموافقة الطبيب الممارس الثاني .

يكون ادخال الشخص او احتجازه علي غير ارداته في بادئ الأمر لفترة قصيرة يحددها القانون المحلي للملاحظة والعلاج الأولي ، في انتظار قيام هيئة فحص بالنظر في إدخال المريض أو احتجازه ، وتبلغ أسباب الإدخال أو الاحتجاز إلي المريض دون تأخير كما يبلغ الإدخال أو الاحتجاز وأسبابه فوراً وبالتفصيل إلي هيئة الفحص ، والي الممثل الشخص للمريض ، إن وجد، وكذلك إلي أسرة المريض ما لم يعترض المريض علي ذلك .

لا يجوز أن تستقبل مصحة الأمراض العقلية مرضي ادخلوا علي غير إرادتهم إلا إذا كلفت سلطة مختصة يحددها القانون المحلي المصحة بالقيام بذلك .

المبدأ 17

هيئة الفحص

تكون هيئة الفحص هيئة قضائية أو هيئة أخرى مستقلة ونزيهة تنشأ بموجب القانون المحلي وتعمل وفقا للإجراءات الموضوعة بمقتضي القانون المحلي ، وتستعين هذه الهيئة ، في اتخاذ قراراتها ، بواحد أو أكثر من الأطباء الممارسين المؤهلين والمستقلين في مجال الصحة العقلية ، وتأخذ رأيهم في الاعتبار .

تجرى إعادة النظر الأولية التي تقوم بها هيئة الفحص ، حسبما تتطلبه الفقرة 2 من المبدأ 16 أعلاه ، في قرار بإدخال أو احتجاز شخص مريض علي غير إرادته في اقرب وقت ممكن بعد اتخاذ ذلك القرار ، وتتم وفقا للإجراءات بسيطة وسريعة وفقاً لما يحدده القانون المحلي .

تقوم هيئة الفحص دورياً باستعراض حالات امرضي المحتجزين علي غير إرادتهم، وذلك علي فترات متفرقة وفقا لما يحدده القانون المحلي.

يكون للمريض المحتجز علي غير إرادته حق تقديم طلبات إلي هيئة الفحص علي فترات معقولة ، وفقا لما ينص عليه القانون المحلي ، لإطلاق سراحهأو تحويله إلي وضع الاحتجاز الطوعي .

تقوم هيئة الفحص ، لدى كل استعراض ، بالنظر فيها إذا كانت معايير الإدخال علي غير الإرادة المبينة في الفقرة 1 من المبدأ 16 أعلاه مازالت مستوفاة ، وإذا لم تكن كذلك ، تعين إخلاء سبيل المريض كمريض محتجز علي غير إرادته .

إذا اقتنع الطبيب الممارس في مجال الصحة العقلية والمسئول عن الحالة ، في اى وقت ، بأن شروط احتجاز شخص بوصفه مريضا محتجزاً علي غير إرادته لم تعد مستوفاة ، تعين عليه أن يأمر بإخراج ذلك الشخص بوصفه مريضاً محتجزاً علي غير إرادته .

يكون للمريض أو لممثله الشخصي أو لأي شخص معني الحق أن يطعن أمام محكمة اعلي في قرار بإدخال المريض أو احتجازه في مصحة للأمراض العقلية .

المبدأ 18

الضمانات الإجرائية

يحق للمريض أن يختار ويعين محامياً يمثله بوصفه مريضاً ، بما في ذلك تمثيله في اى إجراء للشكوى أو للطعن ، وإذا لم يحصل المريض بنفسه علي هذه الخدمات ، تعين توفير محام له دون أن يدفع المريض شيئاً ، وذلكفي حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع .

يكون للمريض أيضا الحق في الاستعانة ، إذا لزم الأمر ، بخدمات مترجم فوري ، وفي الحالات التي تلتزم فيها هذه الخدمات ولا يحصل عليها المريض بنفسه ، يتعين توفيرها له دون أن يدفع شيئاً ، وذلك في حدود افتقاره إلي الإمكانيات الكافية للدفع .

يجوز للمريض ولمحامي المريض أن يطلبا وان يقدما في اى جلسة تقريراً مستقلا عن الصحة العقلية وأي تقارير أخرى وأدلة شفوية ومكتوبة وغيرها من الأدلة التي تكون لها صلة بالأمر ويجوز قبولها .

تعطي للمريض ومحاميه نسخ من سجلات المريض ومن اى تقارير ووثائق ينبغي تقديمها ، إلا في حالات خاصة يتقرر فيها أن كشف أمر بعينه للمريض من شأنه أن يسبب لصحته ضرراً خطيراً أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر ، ووفقا لما قد ينص عليه القانون المحلي ، فإن وثيقة لا تعطي للمريض ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية ، وعند الامتناع عن إعطاء اى جزء من اى وثيقة إلي المريض ، يتعين إخطار المريض أو محاميه ، أن وجد ، بهذا الامتناع وبأسبابه ، مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائياً .

يكون للمريض ولممثله الشخصي ومحاميه الحق في أن يحضروا اى جلسة وان يشتركوا فيها وان يستمع إليهم شخصياً .

إذا طلب المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه حضور شخص معين في اى جلسة ، تعين السماح بحضور هذا الشخص ، ما لم يتقرر أن حضوره يمكن أن يلحق ضرراً خطيراً بصحة المريض أو أن يعرض سلامة الآخرين للخطر .

اى قرار يتخذ بشأن ما إذا كان يجب أن تعقد الجلسة أو أن يعقد جزء منها علنا أو سراً وان تنقل علنا، ينبغي أن تراعي فيه تماما رغبات المريض نفسه، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين ، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر .

يجب تدوين القرار الناشئ عن الجلسة وتدوين أسبابه ، وإعطاء المريض وممثله الشخص ومحاميه نسخاً من ذلك القرار ، ولدى البت فيما إذا كان القرار سينشر بالكامل أو جزئياً ، يجب أن تراعي تماما في ذلك رغبات المريض نفسه ، وضرورة احترام خصوصيته وخصوصية الأشخاص الآخرين ، والمصلحة العامة في إقامة العدل علنا ، وضرورة منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض أو تجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر .

المبدأ 19

الحصول علي المعلومات

يكون للمريض ( الذي يشمل مصطلحه في هذا المبدأ المريض السابق ) الحق في الحصول عل المعلومات المتعلقة به والواردة في سجلاته الصحية والشخصية التي تحتفظ بها مصحة الأمراض العقلية ، ويمكن أن يخضع هذا الحق لقيود بغية منع حدوث ضرر خطير لصحة المريض وتجنب تعريض سلامة الآخرين للخطر . ووفقاً لما قد ينص عليه القانون المحلي ، فإن اى معلومات من هذا القبيل لا تعطي للمريض ، ينبغي إعطاؤها لممثل المريض الشخصي ومحاميه عندما يمكن القيام بذلك في إطار الثقة والسرية . وعند الامتناع عن إعطاء المريض أياً من هذه المعلومات ، يتعين إخطار المريض أو محاميه ، أن وجد ، بهذا الامتناع وبأسبابه مع خضوع هذا الامتناع لإعادة النظر فيه قضائيا .

تدرج في ملف المريض عند الطلب اى تعليقات مكتوبة يقدمها المريض أو ممثله الشخصي أو محاميه .

المبدأ 20

مرتكبو الجرائم

ينطبق هذا المبدأ علي الأشخاص الذين ينفذون أحكاما بالسجن بسبب ارتكابهم جرائم ، أو الذين يحتجزون علي نحو أخر أثناء إجراءاتأو تحقيقات جنائية موجهة ضدهم ، والذين يتقرر أنهم مصابون بمرض عقلي أو يعتقد في احتمال إصابتهم بمثل هذا المرض .

ينبغي أن يتلقي جميع هؤلاء الأشخاص أفضل رعاية متاحة للصحة العقلية كما هو منصوص عليه في المبدأ ( 1) من هذه المبادئ . وتنطبق هذه المبادئ عليهم إلي أقصي حد ممكن ، باستثناء ما تقتضيه هذه الظروف فقط من تعديلات واستثناءات محدودة . ولا يجوز أن تحل هذه التعديلات والاستثناءات بما للأشخاص من حقوق بموجب الصكوك المذكورة في الفقرة (5) من المبدأ أعلاه .

يجوز أن يسمح القانون المحلي لمحكمة أو سلطة أخرى مختصة تعمل علي أساس مشورة طبية مختصة ومستقلة ، تأمر بإدخال هؤلاء الأشخاص في مصحة للأمراض العقلية.

ينبغي في جميع الأحوال أن يتفق علاج الأشخاص الذين يتقرر أنهم مصابون بمرض عقلي مع المبدأ (11) أعلاه .

المبدأ 21

الشكاوى

يحق لكل مريض أو مريض سابق أن يقدم شكوى عن طريق الإجراءات المحددة في القانون المحلي .

المبدأ 22

المراقبة وسبل الانتصاف

ينبغي للدول أن تكفل وجود آليات مناسبة سارية للتشجيع علي الامتثال لهذه المبادئ ، ومن اجل التفتيش علي مصحات الأمراض العقلية ، وتقديم الشكاوى والتحقيق فيها وإيجاد حلول لها ، ومن اجل إقامة الدعاوى المناسبة التأديبية أو القضائية بسبب سوء السلوك المهني أو انتهاك حقوق المريض .

المبدأ 23

التنفيذ

ينبغي للدول أن تنفذ هذه المبادئ عن طريق اتخاذ تدابير مناسبة تشريعية وقضائية وإدارية وتعليمية وغيرها من التدابير ، وان تعيد النظر في تلك التدابير بصفة دورية . يجب علي الدول أن تجعل هذه المبادئ معروفة علي نطاق واسع بوسائل مناسبة وفعالة .

المبدأ 24

نطاق المبادئ المتعلقة بمصحات الأمراض العقلية

تنطبق هذه المبادئ علي جميع الأشخاص الذين يدخلون في مصحة للأمراض العقلية .

المبدأ 25

الحفاظ علي الحقوق القائمة

لا يجوز إخضاع اى حق من الحقوق القائمة للمرضي لأي قيد أو استثناء أو إلغاء ، بما في ذلك الحقوق المعترف بها في القانون الدولي أو المحلي المنطبق ، بدعوى أن هذه المبادئ لا تعترف بهذه الحقوق أو أنها تعترف بها بدرجة اقل.

# ملحق ( 2 )

وثيقة الأقصر لحقوق المرضي النفسيين الاتحاد العالمي للصحة النفسية

21:17 يناير / 1989

أولا : تأسيساً علي ما جاء في وثيقة الاتحاد العالمي للصحة النفسية عند تكوينه 1948 وعنوانها " الصحة النفسية للمواطن في كل مكان " . وإنها اعتبرت أن الصحة النفسية تعني الاحترام العام لجميع البشر والقائم علي تحمل المسئولية في إطار الاعتراف بالفروق الفردية والثقافية .

ثانيا : ولما كان كل من يعاني من المرض النفسي قد أشارت إليه وثيقة الأمم المتحدة لإعلان حقوق الإنسان سنة 1948 أن هؤلاء مع غيرهم من المواطنين يستحقون الاحترام الحقيقي والتمتع بجميع حقوق العائلة البشرية في كل مكان .

ثالثا : ولما كانت منظمة الصحة العالمية قد عرفت الصحة بأنها التوافق بين صحة الجسم وصحة النفس وصحة المجتمع مع الصحة الروحية وان الصحة ليست مجرد غياب المرض .

رابعاً : ولما كان العامل الهام لتشخيص فرد ما علي انه يعاني من المرض النفسي يجب أن يكون متمشيا مع القيم الطبية والعلمية والخلقية بعيدا عن الاختلافات السياسية أو الضغوط .

خامساً : ولما كان المرض النفسي الحاد يعوق قدرة الشخص علي العمل وقدرته علي الحياة العاطفية والترفيهية وقدرة أهليته علي الحياة الطبيعية ويعتبر بذلك عبئا علي المجتمع .

سادساً : ولما كان الاتحاد العلمي للصحة النفسية قد أيد مساهمة المرضي القدامى المتحسنين في الاشتراك في تخطيط وإدارة .. وتنفيذ الخدمات المتعقلة بالصحة النفسية

سابعاً : ولما كان الاتحاد العالمي للصحة النفسية يهتم بالحقوق الأساسية والحريات التي وردت في وثيقة الإعلان العالمي لحقوق الإنسان الذي أصدرته الأمم المتحدة سنة 1948 وكذا ما قررته وثيقة الاتحاد العالمي وملحقاتها .

فتأسيسا علي ذلك يعلن الاتحاد العالمي للصحة النفسية حقوق المرضي النفسيين وفيما يلي بنود إعلان حقوق المريض النفسي :

البند الأول

أن الحقوق الأساسية التي تنطبق علي المواطن العادي هي نفس الحقوق التي يجب أن يتمتع بها المريض النفسي،وتشمل هذه الحقوق المعاملة الكريمة الإنسانية،العلاج الإنساني الطبي المتخصص،الحق في العلاجات المتطورة واستخدام التكنولوجيا بعيدا عن اى ضغوط،البعد عن اى تفرقة في العلاج وان يكون ذلك حسب حالة المريض بعيدا عن التمييز الاجتماعي أو الثقافي أو الديني

أو اختلاف الجنس أو فارق السن وان يكون للمريض الحق في معرفة حالته المرضية ويكون له الحق في حريته الشخصية حسب القانون.وان ينال الرعاية الطبية اللازمة بعيداً عن الإهمال الطبي والأسرى بما في ذلك العلاج بالمستشفي في حدود القيم الطبية والخلقية وحقه في الحصول علي المشورة القانونية وحق اللجوء إلي القضاء.

البند الثاني

أن الرعاية النفسية هي من أهم مسئوليات الأجهزة الحكومية وغير الحكومية خاصة في إبان الأزمات المفاجئة متمشيا مع تعريف منظمة الصحة العالمية علي أن الصحة هي التوافق بين صحة الجسم والنفس والمجتمع في إطار من القيم وإنها ليست مجرد غياب المرضي وكذا تمشيا مع اهتمام الاتحاد العالمي للصحة النفسية الذي يدعو إلي اعلي مستوى للأداء فأن برامج الصحة النفسية يجب إلا تقتصر علي تنمية صحة الفرد ولكن تتعداها إلي الأسرة والجماعة بصفة عامة مع تشجيع الوصول إلي اعلي مستوى ممكن من الحياة الجادة .

البند الثالث

تعتبر الوقاية من امرض النفسي من أوائل مهام الخدمات الصحية ويجب أن يمتد التعليم في هذا المجال لكل من يقوم بالعمل في مجالات الصحة وكذلك إلي أفراد الشعب وتتطلب جهود الوقاية اهتماماً عاماً ويجب أن يتجاوز دور الصحة إلي مجالات التنمية الأخرى ابتداء بتوجيه الأسرة والرعاية اللاحقة لاختيار شريك الحياة والرعاية أيام الحمل علي أن تتسم هذه الرعاية وبرامجها المختلفة مع مسيرة الحياة وتوفير فرص التعليم والعمل والأمن الاجتماعي ولابد من إعطاء الاهتمام الكافي للأبحاث المتعلقة بالوقاية من الأمراض النفسية والجسمية .

البند الرابع

يجب أن يكون العلاج النفسي علي مستوى العلاجات الأخرى للأمراض المختلفة دون تفريق مع التوسع في التخصص العلمي ، ويجب أن يشمل هذه الجهود الوصول إلي اعلي درجات من تأكيد الذات والمسئولية الشخصية ويجب أن يكون العلاج متمشيا مع ما اتفق عليه المجتمع بأقل قدر من التدخل وبأقل قدر من الحد من الحرية ، ويجب أن يكون العلاج مفيدا ولمصلحة المريض أولا وليس لمصلحة الأخرى كالأسرة أو المجتمع أو المعالجين أو الدولة ، ويجب أن نهتم بالتأهيل للعمل وتسهيل انتقالاتهم وتوفير دخل مناسب لهم واستمرار الصحة والعناية بعد خروجهم للمجتمع.

البند الخامس

أن هناك مجموعات معرضة للمرض النفسي في جميع الشعوب وهؤلاء الأشخاص هم ضحايا العنف الفردي والجماعي .

المهاجرين واللاجئين .

الأطفال وكبار السن .

الأقليات القبلية والشعوبية أو الطبقات الاجتماعية والاقتصادية الخاصة .

كل من يقيد حرياتهم كالمعتقلين والمساجين وغيرهم .

المصابين بأمراض جسمية مزمنة .

أن هؤلاء جميعا يحتاجون إلي برامج وقائية علي حسب حالتهم حتي نقيهم من المرض النفسي .

# ملحق ( 3 )

بعض مظاهر وأعراض الأمراض النفسية

نقدم هنا لغير المتخصصين عرضاً لبعض المظاهر والأعراض الشائعة للأمراض النفسية التي يبحث عنها الأطباء النفسيون في المرضي للمساعدة في التوصل إلي تشخيص طبيعة ونوع الحالة ، وهذه قائمة مبسطة بمجموعة منها :

- الوعي هو إدراك الشخص لنفسه والبيئة المحيطة به ، ومن درجات اضطرابات الوعي ما يلي :

* الخلط confusion ويعني ضعف الوعي والإدراك وصعوبة التفكير والتبلد ويحدث في إصابات وأمراض المخ .

* الذهول Delirium وهي حالة من اضطراب الوعي والإدراك مع قلق واضطراب وتخيلات وهمية .

* السبات Stupor والغيبوبة Coma هي درجات عميقة من فقدان الوعي مع عدم الاستجابة للمؤثرات الخارجية ، ويحدث نتيجة لبعض الأمراض العصبية والعضوية .

- الحركة والنشاط قد تصيبها الاضطرابات التالية :

* التكرار أو التقليد أو الحركات والأوضاع الغريبة .

* السلبية وعدم الانصياع لما يطلب منه أو القيام بعكسه .

* الطاعة الآلية دون تفكير أو القيام بأعمال اندفاعية دون وعي ويحدث ذلك في مرضي الفصام العقلي .

- الكلام قد يدل علي حالة مرضية تبعاً للاضطراب الذي يلاحظ أثناء حديث الشخص ، ومن أمثلة ذلك :

* الكلام بصوت بطئ منخفض وصعوبة الرد علي الأسئلة في حالات الاكتئاب .

* الكلام بكثرة في موضوعات متتالية دون تركيز في موضوع واحد في حالات الهوس .

* الكلام غير المترابط واستخدام ألفاظ غريبة لا معني لها في حالات الفصام .

- الحالة المزاجية يمكن ملاحظتها لتدل علي بعض الحالات المرضية ، مثال ذلك :

* تعبيرات الحزن الشديد وجمود الملامح يدل علي الاكتئاب .

* الفرح والسرور الزائد دون مبرر يرتبط بحالات الهوس .

* تبلد المشاعر أو غياب التعبير عن الحزن أو الفرح يحدث في حالات الفصام .

- اضطرابات التفكير تدل علي الإصابة ببعض الأمراض النفسية، ومن أمثلة ذلك :

* الضلالات Delusions وهي معتقدات وهمية،مثل توهـــم العظمـــة (يعتقد انه أفضل من الآخرين وله قدرات ومنزلة خاصة)،والاضطهـــاد (الاعتقاد بأنه مستهدف للإيذاء ) ، والإشارة ( الناس تتحدث عنه وتشير إليه )،والتحكم(اعتقاد بأنه تحت تأثير قوة خارجية تتحكم في تصرفاته)، وأنواع أخرى من الضلالات تحدث في الأمراض العقلية الذهانية الشديدة.

* الهلاوس Hallucination وتعني استقبال حسي زائف لمؤثر خارجي لا وجود له ، بمعني أن الحواس الخمس وهي السمع والبصر واللمس والشم والتذوق تشعر بوجود تأثير عليها نتيجة للحالة النفسية أو لتأثر مراكزها في الجهاز العصبي بمرض عضوي يؤدى إلي أنواع من الهلاوس منها :

- الهلاوس السمعية auditory وهي توهم سماع أصوات خارجية واضحة أو سماع ضوضاء ، وقد تتحدث هذه الأصوات الوهمية عن المريض أو توجه له اللوم أو التهديد أو تأمره بارتكاب بعض الأفعال ، وتحدث في مرضي الفصام العقلي بصفة خاصة أو مع استخدام الكحول .

- الهلاوس البصرية visual وتعني توهم رؤية أشكال أو أشياء أو ومضات وتحدث عادة في أمراض المخ العضوية وتحت تأثير العقاقير والمخدرات .

- الهلاوس الأخرى مثل الشمية olfactory والحسية tactile والخاصة بالتذوق gustatory وترتبط ببعض الحالات النفسية والعضوية .

* الخداعات illusions وتعني توهم للأشياء عند رؤيتها أو سماعها بصورة مشوشة علي غير حقيقتها .

* الوساوس obsessions هي دوافع داخلية قهرية لترديد وتكرار بعض الأعمال أو الأفكار رغم الاقتناع بعدم جدواها ومقاومة ذلك .

* القدرة علي إدراك الزمان والمكان والأشخاص هي إحدى المؤشرات الهامة التي تدل علي سلامة الإدراك Orientation ويصيبها الخلل في بعض الاضطرابات النفسية الشديدة وتحت تأثير العقاقير والمخدرات وأمراض المخ العضوية .

* اضطرابات الذاكرة تحدث في صورة نسيان لبعض المواقف أو للأحداث القريبة أو البعيدة ، وقد يكون النسيان محدوداً بفترة أو وقائع معينة مثل ما يحدث في إصابات الرأس أو بعض حالات الهستيريا ، أو يكون شاملا كما يحدث في حالات العته ومرض " الزهايمر " والشيخوخة .

* الانتباه والتركيز Attention and concentration قد يصيبها الاضطراب في بعض الحالات النفسية التي تسبب التشويش الذهني مثل الهوس mania أو الأمراض العضوية التي تؤثر علي المخ .

* الذكاء intelligence من القدرات العقلية التي يجب أن تتناسب مع العمر ولها جانب وراثي وأخر مكتسب ، ونقص الذكاء يؤدى إلي حالة التخلف العقلي mental sub normality التي تعني القصور في كل القدرات العقلية .

* الاستبصار Insight من المؤشرات الهامة التي تدل علي الحالة العقلية وتعني القدرة علي المعرفة والحكم علي الحالة والمواقف المحيطة من جانب الشخص واختلال هذه القدرة يحدث في حالة الاضطرابات العقلية الشديدة ، ويتم اختبار المريض لمعرفة قدرته علي الاستبصار بذاته وبحالته وحكمه علي الأمور عند فحص حالته العقلية .

# ملحق 4

أنواع الأمراض النفسية

يوجد عدة تصنيفات تضم المسميات التي تستخدم لوصف الحالات النفسية ويتم مراجعتها علي فترات زمنية متقاربة لتمثل الدليل الذي يلتزم به الأطباء النفسيين ، ومن أهم وأخر هذه التصنيفات الحديثة التقسيم العالمي للأمراض النفسية - المراجعة العاشرة ICD-10 ، والتصنيف الأمريكي في طبعته الخامسة DSM-V ، وهنا نقدم المجموعات الرئيسية للأمراض النفسية في التصنيف الدولي الصادر عن منظمة الصحة العالمية :

صدر هذا التصنيف للأمراض وهو التصنيف العالمي في مراجعته العاشرة عن منظمة الصحة العالمية في جنيف عام 1992 .

يضم التصنيف أنواع الأمراض في 10 مجموعات رئيسية يندرج تحت كل منها أنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية والعقلية وخصائص كل منها ليتم التشخيص تبعاً لهذا النظام بواسطة الأطباء النفسيين في أنحاء العالم .

التصنيف العالمي العاشر للأمراض - الاضطرابات العقلية

ICD - 10 Classification of Mental Disorders

| | | |
|---|---|---|
| ف00-ف 09 | | F00-F09 |
| | الاضطرابات العقلية العضوية بما فيها العارضية | Organic , including symptomatic mental disorders . |
| ف10- ف19 | | F10-F19 |
| | الاضطرابات العقلية والسلوكية الناجمة عن استعمال المواد المؤثرة نفسياً | Mental and behavioural disorders due to psycho-active substance use . |
| ف20-ف29 | | F20-F29 |
| | الفصام واضطرابات من النوع الفصامي والضلالي | Schizophrenia , schizotupal and delusional disorders. |

| | | |
|---|---|---|
| ف30-ف39 | | F30-F39 |
| | الاضطرابـــــــــات ( الوجدانية ) المزاجية | Mood (affective) disorders |
| ف40-ف48 | | F40-F48 |
| | الاضطرابات العصابية والمتعلقة بالضغوط والجسمانية الشكل | Neurotic , stress-related and somatoform disorders. |
| ف50-ف59 | | F50-F59 |
| | المتلازمات السلوكية المرتبطة بالاضطرابات النفسية والعوامل البدنية | Behavioural syndromes associated with psychological disturbances and physical factors . |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ف60-ف69 | | | F60-F69 |
| | اضطرابات الشخصية والسلوك في الراشدين | Disorders of adult personality and behaviour. | |
| ف70-ف79 | | | F70-F79 |
| | التخلف العقلي | Mental retardation | |
| ف80-ف89 | | | F80-F89 |
| | اضطرابات الارتقـاء ( النمو ) النفسي | Disorders of psychological development | |

ف90-ف99 F90-F99

| | |
|---|---|
| الاضطرابات السلوكية والانفعالية التي تكون بداية حدوثها عادة في الطفولة والمراهقة . | Behavioural and emational disorders with onsent usually occurring in childhood and adolescence . |

## ملحق 5

أدوية "الجدول"

وضعت وزارة الصحة الأدوية المؤثرة على الحالة النفسية والأدوية المخدرة في جداول سميت بأدوية الجدول التي يحظر تداولها وتوزيع هذه الأصناف للصيدليات العامة والخاصة إلا عن طريق الشركة المصرية لتجارة الأدوية.. و الأدوية المخدرة مثل الأدوية المدرجة على الجدول رقم (1) الملحق بقانون المخدرات 182لسنة 1960 على سبيل المثال منها المورفين – البيتيدين – الفنتانيل – الريتالين وتصرف هذه الأدوية بموجب تذكرة مخدرات خاصة تصرف نماذجها من مديرية الشئون الصحية المختصة وتحفظ التذكرة وتسحب وتقيد بدفتر المخدرات بالصيدلية.

الجدول الأول:

وتشمل أدوية الجدول الأول الذي يصرف بموجب تذكرة طبية مدموغة من اتحاد نقابات المهن وتتضمن أدوية الجدول الأول المورفين و مشتقاته و وجميع المستحضرات التي تحتوى على مادة الترامادول.

"كيتامين" للتخدير في الجراحة

مادة ZOLPIDEM وهي أدوية تستخدم كمهدئات ومنومات وعلاج القلق .

" Ergotamine ارجوتامين" وهو دواء يستخدم للصداع

"PHENOBARBITONE فينوباربيتال" وهو مهدئ ويعالج الصرع والتشنجات.

"إفيدرين" أحد المنشطات يعمل على زيادة إفراز الأدرينالين في المخ ويستخدم كمنبه..و "سودوإفدرين" يستخدم لاحتقان الأنف

"ارجوميترين" يستخدم لمنع وعلاج النزيف

الترامادول و مشتقاته

الجدول الثاني

ويتضمن الجدول الثاني الأدوية التي تصرف بموجب تذكرة طبية مدموغة وتختم التذكرة بخاتم الصيدلية لعدم تكرار الصرف ولا تسحب ولا تسجل.وتحدد الكمية بحد أقصى صنفين فقط وعلاج لمدة شهر واحد وتضم أدوية لعلاج الأمراض النفسية و العصبية أدوية الجدول الثالث بالإضافة إلى أدوية الجدول الثالث وهى أيضا تصرف بموجب تذكرة طبية مدموغة من اتحاد نقابات المهن الطبية ومستثناه من شرط الكمية.

## ملحق 6

القانون رقم 141 لسنة 1944 بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية

هذا القانون هو المعمول به حالياً في مصر رغم أن عمره يزيد علي نصف قرن تغيرت فيه أمور كثيرة - ونحن نعرض هنا بعض بنود هذا القانون ونرى أن هناك حاجة ماسة إلي وضع قانون جديد يتلاءم مع متطلبات العصر الحالي .

الباب الأول: لمجلس المراقبة :

مادة 1: ينشأ بوزارة الصحة العمومية مجلس مراقبة للأمراض العقلية يختص بالنظر في حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم وفي الترخيص بالمستشفيات المعدة لهم والتفتيش عليها طبقا لأحكام هذا القانون.

مادة 2 : يشكل هذا المجلس علي الوجه الأتي :

وكيل وزارة الصحة للشئون الطبية أو من يقوم مقامه رئيسا .

مدير قسم الأمراض العقلية بوزارة الصحة العمومية أو من يقوم مقامه.

المحامي العام لدى المحاكم الأهلية أو رئيس نيابة الاستئناف .

الافوكاتو العمومي الأول لدى المحاكم المختلطة أو احد رؤساء النيابـــة (مدة فترة الانتقال ) .

كبير الأطباء الشرعيين أو من يقوم مقامه .

موظف كبير يندبه وزير الداخلية .

أستاذ الأمراض العصبية بجامعة فؤاد الأول .

مندوب من قسم قضايا وزارة الصحة العمومية في درجة نائب علي الأقل.

احد كبار أطباء وزارة الصحة العمومية في درجة نائب علي الأقل .

كبير أطباء مصلحة السجون .

ويتولي سكرتيرة المجلس من يعينه وزير الصحة العمومية من الموظفين لهذا الغرض .

مادة 3 : ينعقد المجلس في المواعيد التي يحددها بناء علي طلب الرئيس عند الحاجة ولا يكون انعقاده صحيحا إلا إذا حضره أكثر من نصف الأعضاء من بينهم احد ممثلي النيابة العمومية وتصدر قراراته بأغلبية أصوات الحاضرين وإذا تساوت الآراء يرجح الرأي الذي في جانبه الرئيس.

الباب الثاني :

حجز المصابين بأمراض عقلية والإفراج عنهم

مادة 4 : لا يجوز حجز مصاب بأمراض في قواه العقلية إلا إذا كان من شأن هذا المرض أن يخل بالا من أو النظام العام أو يخشي منه علي سلامة المريض أو سلامة الغير وذلك طبقا لأحكام القانون هذا . ولا يكون إلا في المستشفيات المعدة لذلك سواء أكانت تلك المستشفيات حكومية أو خصوصية مرخصا بها .

ومع ذلك يجوز أن يكون الحجز في منزل بأذن خاص من وزير الصحة العمومية بعد موافقة مجلس المراقبة ويشمل الإذن شروط الحجز ومدته .

مادة 5 : إذا رأى طبيب الصحة أن شخصا مصابا بمرض عقلي في حالة مما نص عليه في المادة السابقة وجب عليه أن يأمر بحجزه بواسطة البوليس .

ومن مواد القانون الأخرى ما يلي :

مادة 12 : إذا هرب المريض المحجوز جاز القبض عليه واعادت حجزه بالطريق الإداري .

فإذا زادت مدة الهروب عن ثلاثة أشهر وجب أن يعاد أمره علي مجلس المراقبة في خلال 15 يوم من تاريخ القبض عليه وإذا جاوزت مدة الهرب ستة أشهر أعيدت إجراءات الحجز .

مادة 13: لمدير المستشفي أن يأذن من وقت إلي أخر لأي من مرضاه الهادئين بقضاء النهار كله أو بعضه خارج المستشفي تحت رقابة كافية لأغراض لا تتنافي مع علاجه .

مادة 14 : إذا تحسن المريض المحجوز وجب علي مدير المستشفي أن يرسل فورا خطابا موصي عليه إلي من ادخل المريض بالمستشفي أو من يقوم بشئونه أو إلي شخص أخر أو إلي شخص أخر يعينه المريض نفسه يطلب فيه الحضور لاستلامه في مدى سبعة أيام

فإذا انقضت هذه المدة ولم يحضر احد أو إذا رفض ذوو المريض استلامه يفرج عنه فورا وفي هذه الحالة تقوم الحكومة بنفقات ترحيل الفقير المفرج عنه من المستشفيات الحكومية إلي الجهة التي يطلب السفر إليها داخل القطر المصري .

مادة 15 : إذا تقدم طلب بالإفراج عن المريض المحجوز من شخص تربطه به صلة القرابة أو المصاهرة أو ممن يقوم بشئونه وجب علي مدير المستشفي أن يبت في هذا الطلب في مدى ثلاثة أيام من تاريخ تقديمه وفي حالة رفض الطلب وإصرار مقدمه عليه يرفع الأمر فورا إلي مجلس للمراقبة من مدير المستشفي بتقرير عن حالة المريض والأسباب التي تبرر عدم الإفراج وعلي المجلس أن يصدر قراره في طلب الإفراج في مدة لا تتجاوز عشرين يوما من تاريخ رفع الأمر إليه . ولا يقبل طلب أخر بالإفراج علي المريض قبل مضي ثلاثة أشهر من صدور قرار المجلس .

مادة 16 : يجوز لمجلس المراقبة أن يأمر بالإفراج مؤقتا عن الشخص المحجوز للمدة وبالشروط التي يحددها ، وله في اى وقت أن يلغي الأمر ويأمر بإعادة المريض بالطريق الإداري إلي المستشفي الذي كان بها محجوزا فيه أو اى مستشفي أخر للأمراض العقلية .

مادة 17 : يجوز لمدير المستشفي أن يخرج المريض بناء علي موافقة احد أقربائه أو من يقوم بشئونه إذا أصيب بمرض جسماني ينذر بالموت .

مادة 18 : في حالة الإفراج عن المريض المحجوز أو وفاته يخطر مدير المستشفي مجلس المراقبة بذلك في مدى يومين من تاريخ الإفراج أو الوفاة.

مادة 19 : لا يجوز نقل مريض محجوز من مستشفي إلي أخر إلا بأذن من مجلس المراقبة .

مادة 20 :علي مدير المستشفي أن يبلغ النيابة عن حجز المريض في مدى يومين من تاريخ دخوله المستشفي لتتخذ الوسائل اللازمة لحفظ أمواله.

مادة 21 : يجوز أن يقبل في المستشفيات المعدة للمصابين بأمراض عقلية كل مصاب بمرض عقلي غير ما نص عليه في المادة الرابعة بناء علي طلب كتابي من وليه ومن يقوم بشئونه وفي هذه الحالة تذكر في الطلب البيانات المنصوص عليها في المادة الثامنة ويجب علي مدير المستشفي أن يرفع إلي مجلس المراقبة تقريرا عن حالته في خلال يومين من قبوله بالمستشفي ، ويكون للمريض حق ترك المستشفي بناء علي طلب كتابي منه أو من طلب إدخاله . ومع ذلك إذا رأى مدير المستشفي أن حالته في المادة الرابعة يجب عليها التحفظ علي المريض وإخطار ذويه والبوليس فورا بذلك لاتخاذ إجراءات الحجز المنصوص عليها في هذا القانون .

ملاحظات :

نلاحظ هنا أن الالفاظ والمسميات المستخدمة في بعض مواد هذا القانون لم يعد لها وجود في الوقت الحالي ورغم ذلك فإن هذا القانون لا يزال معمولاً به حتى تاريخ أعداد هذا الكتاب .

تشريعات الصحة النفسية في 50 بلداً مختاراً كما وردت في وثائق منظمة الصحة العالمية جاءت كالتالي :

* لا توجد تشريعات ( فقط نظم غير رسمية ) في 7 بلدان هي الأرجنتين ، أثيوبيا ، الأردن ، موزامبيق ، رواندا ، تايلاند ، فيتنام .

* توجد تشريعات قديمة صدرت قبل عـــام 1976 في 18 بلداً هي بنين ، البرازيل ، الصين ، فيجي ، ألمانيا ، غانا ، ماليزيا ، نيجيريا ، بيرو ، بولندا ، السنغال ، جنوب أفريقيا ، السودان ، سويسرا ، السويد، سورية ، تنزانيا ، زمبابوي .

* تشريعات صدرت بعد عـــــــــــام 1976 في 25 بلـــداً هي استراليا ، بربادوس ، بوليفيا ، كندا ، كوستاريكا ، فنلندا ، فرنسا ، الهند ، ايطاليا ، اليابان ، كينيا، لبنان ، هولندا ، نيوزيلندا ، باكستان ، روسيا ، كوريا الجنوبية ، اسبانيا ، سوازيلاند ، تونغا ، ترينيداد وتوباغو ، تونس ، المملكة المتحدة ، الولايات المتحدة الأمريكية ، فنزويلا .

# ملحق 7

قوانين وتشريعات الأمراض العقلية في الدول العربية

الجزائر و تونس نموذجا

الأمراض العقلية في القانون الجزائري:

تعريف : المصابون بالأمراض العقلية هم المجانين الخطرين الذين يجب تحويلهم فورا إلى المستشفى الأمراض العقلية.

1)- استشفاء المصابين بالأمراض العقلية :

* الاستشفاء في مصلحة مفتوحة : إن الاستشفاء في هذه المصلحة لا يكون خاضع لأي تنظيم خاص فيما يخص الدخول والخروج ويكون بناء على تذكرة موضوعة من طرف طبيب للأمراض العقلية في نفس المصلحة ، كما أن خروج المريض لا يخضع لأي إجراء خاص.

2)- الوضع تحت المراقبة :

أ)- المراقبة البسيطة : يوضع المريض تحت المراقبة البسيطة إما بناء على :

* طلب من المريض نفسه.

- أو تقديم المريض إلى السلطة الطبية من مصلحة مختصة أو من طرف عائلة المريض أو قيم أو وصي أو أي شخص وذلك لصالح المريض وكذلك بواسطة شخص عمومي يهتم بالمريض : كالوالي ، رئيس المجلس الشعبي ، محافظ الشرطة ، مسئول الدرك الوطني أو ممثليهم الموكلين.

وقد نصت المادة 166 من قانون الصحة العمومية على ما يلي :

"كل شخص طبيعي خاص أو عمومي هذا القيم أو الوصي يقدم على طلب وضع شخص من الغير تحت المراقبة بهدف يتنافى بشكل ظاهر مع فائدة هذا التدبير يستوجب الملاحقات والعقوبات".

ب)- المراقبة الوجوبية: تنص المادة 168 من قانون الصحة العمومية على :

"لا يختص باتخاذ مقرر الوضع تحت المراقبة تلقائيا بهدف يتنافى بشكل ظاهر مع فائدة هذا التدبير يستوجب الملاحقات والعقوبات".

وطلب الوضع تحت المراقبة الوجوبية يجب أن يكون متضمنا لإحدى الأوراق التالية :1- شهادة طبية ممنوحة من طرف طبيب عام.

2-شهادة ممنوحة من طرف مساعدة اجتماعية أو عون شبه طبي مختص ومحلف.

وإن تثبت هذه الشهادات الإشهاد الرسمي للخلل العقلي الذي تعتري المريض وخطورته وترسل إلى الوالي أو النائب العام وتشفع بالصيغة التالية:

"يجب وضع هذا المريض تحت المراقبة تلقائيا في مصلحة أو مستشفى الأمراض العقلية"

وتعهد للموقعين المسؤوليات المهنية والمدنية ، ويجب أن لا تكون هناك رابطة قرابة لأي أحد من الموقعين لهذه الشهادات سواء كانت هذه القرابة مباشرة أو غير مباشرة مع المريض.

وخروج المريض يكون باقتراح من الطبيب النفساني للمؤسسة وأن يحصل على موافقة النائب العام أو الوالي الذي أصدر قرار الوضع الو جوبي تحت المراقبة.

إن أقصى مدة للوضع تحت المراقبة هي شهرين وخمسة عشر يوما أما المدة الأولى فإنها محددة بـ 15 يوما ويمكن تمديدها بموافقة الطبيب النفساني ، رئيس المؤسسة ، لمدة أقصاها شهرين ، وفي حدود هذه المدة فإن القرار النهائي يكون كالتالي :

إما : بخروج المريض أو الترتيب الاختياري أو الاستشفاء الو جوبي.

3)- الوضع تحت الترتيب الاختياري :

يجوز وضع المريض ضمن الترتيب الاختياري في نهاية الوضع تحت المراقبة وذلك باقتراح من الطبيب النفساني ومرافقة عائلته أو وكيله عن طريق تقديم طلب بالترتيب الاختياري يدرج بنص في سجل القانون وخروج المريض يقرر بطلب من الشخص الذي كان قد طلب الترتيب الاختياري أو بمبادرة من الطبيب النفساني ، رئيس المؤسسة.

4)- الاستشفاء الو جوبي :

يأتي بعد الترتيب الاختياري بطلب من طبيب الأمراض العقلية ، وذلك بتوجيه عريضة إلى الوالي يذكر فيها على وجه التفصيل الأسباب التي دفعته لطلب هذا التدبير اللازم والأخطار التي يمكن أن تنشأ عن خروج هذا المريض ، فإذا رأى الوالي أن طلب الاستشفاء التلقائي لا مبرر ، أعلم طبيب الأمراض العقلية بذلك ورفع الطلب تلقائيا إلى لجنة الصحة العقلية ، وفي جميع الحالات ، فإن القرار يؤخذ لمدة ستة أشهر قابلة للتجديد بواسطة طلب سبب من طرف ا لطبيب النفساني.

5)- تدابير الرقابة :

تكوين ملف فردي خاص بكل مريض تحت العلاج ، يصدر الطبيب النفساني شهادة لحالة المريض ويحدد تشخيص المرض الذي يشكو منه ، وكذلك منذ تحويله تحت الرقابة ، إلى ترتيب اختياري ، إلى الاستشفاء وحوبيا وذلك بعد :

* 15 يوما من تاريخ هذا التحويل.

* ثلاثين يوما من تاريخ هذا التحويل ، ثم بعد ستة أشهر من تاريخ هذا التحويل.

ومحتوى هذه الشهادات يسجل في سجل القانون ، ولا بد من إخبار الوالي والسلطات القضائية المختصة بهذا السجل في أجل غير محدود ، وكذلك يجب مسك سجل خاص بالبلدية فيما يخص المرضى الذين هم تحت الاستشفاءالو جوبي.

6)- السلطات المكلفة بالحراسة والرقابة : تتمثل هذه السلطات في :

الوالي - الوكيل العام -رئيس المجلس الشعبي البلدي -مدير الصحة للولاية -وكل شخص مفوض من طرف هذه السلطات.

7)- طرق الطعن ضد القرارات :

إن هذا الطعن لا بد وأن يكون من طرف المريض الراشد المتمتع بالأهلية ، أقاربه ، كل شخص خاص أو عمومي لمصلحة المريض ، ويرسل الطعن إلى النائب العام لدى المجلس ا لقضائي وإلى لجنة الصحة للأمراض العقلية المادة 220 من قانون الصحة العمومية تنص على ما يلي : يحال الطعن على الوجه التالي :

·النائب العام لدى المجلس القضائي.

* لجنة الصحة العقلية المشكلة من : ممثل عن وزارة الصحة العمومية وممثل عن الوالي وقاضي له رتبة رئيس غرفة بالمجلس وطبيبان اختصاصيان في الأمراض العقلية.

كما أن حماية أموال المصابين بالأمراض العقلية يجب أن تنظم طبقا للقانون المدني والتشريع الخاص.

**بعض تشريعات الصحة العقلية في تونس:**

هنا نعرض بعض المواد من القانون عدد 83 لسنة 1992 المؤرخ في 3 أوت 1992 والمتعلق بالصحة العقلية وبشروط الإيواء في المستشفى بسبب اضطرابات عقلية... و في فترات دورية تحدّد له من قبل الطبيب المباشر ليخضع لفحوص المراقبة ولكل علاج قد تتطلبه حالته الصحية ويمكن في هذه الحالة الاستعانة بالقوّة العامة لإخضاع المريض للفحص بالمستشفى وذلك بإذن من وكيل الجمهورية.. و منها الأحكام التالية:

الفصل 28 (جديد) : يتم خروج المرضى الذين تم إيواؤهم وجوبا في المستشفى عندما يصرّح الطبيب النفساني المباشر بمؤسسة الإيواء ضمن شهادة طبية بأنه يمكن الإذن بالخروج. وفي هذه الحالة يجب على مدير مؤسسة الإيواء تضمين ذلك التصريح بالدفتر الخاص المنصوص عليه بالفصل 23 من هذا القانون وعرض الأمر في ظرف ثمان وأربعين ساعة على رئيس المحكمة المختصة ترابيا الذي يبتّ في شأنه دون تأخير وعليه إعلام إدارة المستشفى بقراره في ظرف ثمان وأربعين ساعة على أقصى تقدير وبانقضاء ذلك الأجل يتم وجوبا رفع الإيواء.

الفصل 29 (فقرة ثانية جديدة) : وتنطبق على الشخص الذي تم إيواؤه في هذه الحالة أحكام هذا القانون المتعلقة بنظام الإيواء الو جوبي في المستشفى، غير أنه لا يمكن رفع الإيواء عنه إلا بناء على رأي لجنة تتركب من ثلاثة أطباء نفسانيين يعيّنهم رئيس المحكمة الابتدائية التي يوجد بدائرتها مقر إقامة الشخص المراد رفع الإيواء عنه ولا يكون من بينهم الطبيب المباشر للمريض أو الطبيب الخبير الذي أدلى برأيه الطبي عند إيواء المريض ويجب التنصيص صلب رأي اللجنة على أن المريض المراد رفع الإيواء عنه لم تعد تصرفاته تشكّل خطرا يهدد سلامته أو سلامة الآخرين.

الفصل 24 (مكرر) : يمكن للطبيب النفساني المباشر بالقسم الاستعجالي بالهياكل الصحية العمومية أن يأوي بالمؤسسة الصحية الأشخاص الذين يتمّ فحصهم من قبله إذا كانت حالتهم الصحية وتصرفاتهم تكشف عن اضطرابات عقلية واضحة من شأنها أن تعرّض سلامتهم أو سلامة غيرهم للخطر وفي هذه الحالة يتعيّن على مدير المستشفى أو من ينوبه إعلام وكيل الجمهورية بذلكفي ظرف أربع وعشرين ساعة ويكون هذا الإعلام مصحوبا بشهادة طبية تثبت الحالة الصحية للشخص الذي تمّ إيواؤه وتكون متضمنة لفترة الإيواء التي تستدعيها حالته الصحية وفي صورة عدم صدور قرار من وكيل الجمهورية طبقا لأحكام .

الفصل 25 من هذا القانون أو في صورة صدور قرار عنه دون إعلام مدير المستشفى أو من ينوبه به في ظرف أربعة أيام من تاريخ توجيه الإعلام إلى وكيل الجمهورية يتم وجوبا رفع الإيواء.

الفصل 25 (مكرر) : يمكن للسلطة القضائية المتعهدة بالقضية الجزائية بناء على رأي الطبيب الخبير، أن تأذن بإيواء المتهم المحال بحالة إيداع إيواء وحوبيا بمؤسسة صحية عمومية تعيّنها للغرض وذلك قصد إخضاعه للملاحظة والفحص الطبي للتأكّد من سلامة مداركه العقلية وتحديد مدى مسؤوليته عن الأفعال التي يتم تتبّعه من أجلها ويتمّ هذا الإيواء بالتنسيق مع المصالح السجنية المختصة وتحت حراستها كامل فترة الإيواء المقرّرة ويمكن التمديد في هذه الفترة حسب نفس الإجراءات.

الفصل 30 (مكرر) : تتحمّل الدولة نفقات علاج وإيواء الأشخاص المرضى الذين يخضعون لنظام الإيواء الو جوبي.

## ملحق 8

قانون رعاية المريض النفسي في مصر

(هام للغاية للأطباء وللمهتمين بالشئون القانونية)

أبواب القـانون:

1) الباب الأول: نطاق تطبيق القانون والتعريفات

2) الباب الثاني:مجالس الصحة النفسية

أ. الفصل الأول: المجلس القومي للصحة النفسية

ب. الفصل الثاني : المجلس المحلى للصحة النفسية

3) الباب الثالـث: دخول المريض

أ. الفصل الأول: الدخول الإرادي

ب. الفصل الثاني: الدخول الإلزامي

ج. الفصل الثالث: الإيداع بقرارات أو أحكام قضائية

4) الباب الرابـع: علاج المريض النفسي

5) الباب الخامس: حقوق المرضى

6) الباب السادس: صندوق الصحة النفسية

7) الباب السابـع: العقوبـات

قانون رعاية المريض النفسي

الباب الأول

نطاق تطبيق القانون والتعريفات

مــادة (1): في تطبيق أحكام هذا القانون ، يقصد بالكلمات والعبارات الآتية المعاني المُبينة قرين كلٌ منها:

أ - الصحة النفسية :

حالة من الاستقرار النفسي والاجتماعي التي يستطيع الفرد من خلالها أن يحقق انجازاته طبقاً لإمكانياته الشخصية ليتمكن من التعامل مع الضغوط الحياتية العادية ، كما يستطيع أن يعمل وينتج ويساهم في المجتمع الذي ينشأ فيه .

ب - المريض النفسي:

الشخص الذي يعاني من اضطراب نفسي " عصابى " أو عقلي " ذهانى".

ج - الاضطراب النفسي أو العقلي :

اختلال أي من الوظائف النفسية أو العقلية لدرجة تحد من تكيف الفرد مع بيئته الاجتماعية .

ولا يشمل الاضطراب النفسي أو العقلي من لديه الاضطرابات السلوكية دون وجود مرض نفسي أو عقلي واضح.

د - الطبيب غير المتخصص في الطب النفسي :

الطبيب المرخص له بمزاولة المهنة ، أو المتخصص في أي فرع من فروع الطب ، ولم يحصل على درجة علمية في الطب النفسي.

هـ - الطبيب النفسي :

الطبيب الحاصل على درجة تخصصية في الطب النفسي و المقيد في نقابة الأطباء بجدول الأخصائيين أو الاستشاريين.

و - الطبيب النفسي المسئول عن المريض :

الطبيب النفسي الذي يشغل وظيفة أخصائي أو استشاري أو ما يعادلها والمنوط به رعاية المريض.

ز - الدخول الإرادي :

دخول المريض إحدى منشآت الصحة النفسية بناء علي موافقته الصريحة المبنية على إرادة حرة مستنيرة.

ح - الدخول الإلزامي :

دخول المريض إحدى منشآت الصحة النفسية دون إرادته في الأحوال التي يحددها هذا القانون .

ط- الطوارئ النفسية:

حالة إكلينيكية حادة تصيب المريض النفسي وتهدد صحته بالخطر أو سلامة الآخرين وتتطلب التدخل الطبي العاجل .

مــادة (2):

تسـرى أحكام هذا القانـون على منشآت الصحة النفسية الآتية:

1. المستشفيات المتخصصة في الطب النفسي سواء كانت عامة أو خاصة.

2. أقسام الطب النفسي بالمنشات العامة والخاصة .

3. المراكز الطبية المرخص لها بالعمل في مجال الصحة النفسية .

ولا تسـرى أحكام هذا القانـون علي العيادات الخاصة "الخارجية" غير الملحقة بمنشآت الصحة النفسية المشار إليها ، وغير المخصصة لحجز المرضى النفسيين.

مــادة (3):

لا يجوز أدارة أو تشغيل أي منشأه من منشات الصحة النفسية التي تسري عليها أحكام هذا القانون إلا بناء على ترخيص يصدر من وزارة الصحة و قيدها بسجلات المجلس الإقليمي للصحة النفسية وفقاً للشروط والإجراءات المبنية باللائحة التنفيذية لهذا القانون ، وذلك دون الإخلال بأحكام قانون المنشأت العلاجية الخاصة.

ويكون الترخيص لمدة خمس سنوات قابلة للتجديد لمدد أخري مماثلة .

وفي جميع الحالات يجب أن يتولي إدارة المنشأة احد الأطباء النفسيين ويكون مسئولاً أمام الجهات المختصة عما يقع من مخالفات في المنشأة .

مــادة (4):

يجب أن يكون لدى كل منشأة من منشآت الصحة النفسية سجل خاص للمرضي النفسيين - أياً كان سبب دخولهم المنشأة - علي أن يكون من نسختين تتضمنان البيانات الخاصة بكل مريض ، وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون البيانات والمدة التي يجب الاحتفاظ بها بالسجل لدي المنشأة .

ويكون للمجلس القومي للصحة النفسية والمجالس الإقليمية للصحة النفسية الإطلاع على السجلات المشار إليها للعمل بها وفقاً لأحكام هذا القانون مع الاحتفاظ بسرية المعلومات.

الباب الثاني

مجالس الصحة النفسية

مــادة (5):

ينُشأ بوزارة الصحة مجلس قومي للصحة النفسية ، كما يجوز إنشاء مجالس إقليمية للصحة النفسية بالمحافظات تخضع لإشراف المجلس القومي للصحة النفسية .

الفصل الأول

المجلس القومي للصحة النفسية:

مــادة (6) :

يُشكل المجلس القومي للصحة النفسية بقرار من رئيس مجلس الوزراء على الوجه الآتي :

-الوزير المختص بالصحة أو من ينيبه بحيث لا تقل درجته عن الفئة الممتازة (رئيساً).

وعضوية كل من : أحد نواب رئيس مجلس الدولة .

2. الأمين العام للصحة النفسية .

3. أحد رؤساء أقسام الطب النفسي بالجامعات المصرية يختاره الوزير المختص بالتعليم العالي .

4. أحد المحامين العامين الأول يختاره النائب العام .

5. رئيس قطاع يمثل وزارة التضامن الاجتماعي له خبرة في الخدمة الاجتماعية يختاره الوزير المختص بالتضامن الاجتماعي.

6. رئيس الإدارة المركزية للتمريض بوزارة الصحة .

7. طبيب شرعي له خبرة في الصحة النفسية يختاره وزير العدل .

8. ممثل للمجلس القومي لحقوق الإنسان يختاره رئيس المجلس .

9. مدير عام إدارة أحد مستشفيات الصحة النفسية بوزارة الصحة يختاره الوزير المختص بالصحة.

10. رئيس الجمعية المصرية للطب النفسي أو من ينيبه من أعضاء الجمعية .

11. أحد أساتذة علم النفس الاكلينيكى بإحدى الجامعات المصرية يختاره وزير التعليم العالي.

12. أحد الأطباء النفسيين بالقوات المسلحة لا تقل رتبته عن عقيد يرشحه مدير إدارة الخدمات الطبية بالقوات المسلحة .

13. أحد الأطباء النفسيين بجهاز الشرطة لا تقل رتبته عن عقيد .

14. ممثل عن احتياجات المرضى النفسيين أو عائلاتهم يختاره الأمين العام للصحة النفسية ، أو أحد أعضاء الجمعيات الأهلية المهتمة بالمرضى النفسيين يختاره رئيس الاتحاد العام للجمعيات الأهلية.

15. أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجال الصحة النفسية يختاره الوزير المختص بالصحة.

16. ممثل مصلحة الأمن العام يختاره وزير الداخلية.

17. نقيب الأطباء أو من يمثله.

18. ممثل لغرفة العلاج الخاص عن مستشفيات الصحة النفسية.

19. ممثل عن المجالس الإقليمية للمحافظات يختاره الوزير المختص بالصحة

ويجوز للمجلس أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة والتخصص دون أن يكون له صوت معدود في المداولات.

ويعين المجلس أمانة فنية تابعة له ، كما يعين سكرتارية لكل من المجلس والأمانة.

ويجتمع المجلس مرة كل ثلاثة أشهر على الأكثر أو بناء على طلب من رئيس المجلس أو ثلث أعضاء المجلس.

مــادة (7) :

يتولى المجلس القومي للصحة النفسية الإشراف على المجالس الإقليمية للصحة النفسية ، ومتابعة تنفيذ أحكام هذا القانون في منشآت الصحة النفسية وله علي الأخص :

1. وضع السياسات التي تضمن احترام حقوق وسلامة المرضي النفسيين وكذلك نشر تقارير دورية عن أعماله طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

2. مراقبة أحوال دخول وحجز وعلاج المرضى النفسيين والتأكد من تمتعهم بالضمانات والحقوق المنصوص عليها في هذا القانون .

3. البت في التظلمات من قرارات المجالس الإقليمية للصحة النفسية.

4. وضع معايير الترخيص الصادر من وزارة الصحة بإدارة وتشغيل المنشآت المنصوص عليها في المادة (2) من هذا القانون وتجديده وإلغائه ، ويكون للمجلس لجنه فنيه من الأطباء المتخصصين للاطلاع على سجلات المرضى عند اللزوم ، وذلك طبقاً لما تتضمنه اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

ويباشر المجلس اختصاصات المجلس الإقليمي للصحة النفسية المنصوص عليها في البنود من 4 إلى 7 من المادة (9) من هذا القانون وذلك في الفترة الانتقالية وفى المحافظات التي لم يشكل بها مجلس إقليمي للصحة النفسية.

## الفصل الثاني

## المجالس الإقليمية للصحة النفسية

مــادة (8):

تُشكل بقرار من الوزير المختص بالصحة ، مجالس إقليمية للصحة النفسية يشمل نطاق عملها محافظة أو أكثر من المحافظات المجاورة وذلك على النحو الآتي:

1. أحد استشاري أو أساتذة الطب النفسي بالمحافظة يختاره الوزير المختص بالصحة ( رئيساً ).
2. أحد رؤساء النيابة العامة يختاره المحامى العام الأول (نائباً للرئيس) .
3. الأعضاء:

- رئيس قسم الطب النفسي بكلية الطب في المحافظة إن وجدت أو في أقرب محافظة لها .
- ممثل لوزارة التضامن الاجتماعي في المحافظة من درجة رئيس إدارة مركزية.
- ممثل عن النقابة الفرعية لنقابة الأطباء.
- مدير إدارة الطب العلاجي بالمحافظة .
- رئيس إدارة التمريض بمديرية الشئون الصحية بالمحافظة.

- أحد الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بمجال الصحة النفسية يختاره مدير عام الشئون الصحية بالمحافظة.

- ممثل عن الجمعيات الأهلية المهتمة بالمرضى النفسيين يختاره رئيس الاتحاد العام للجمعيات الأهلية.

- أحد الشخصيات العامة المهتمة بحقوق الإنسان يختاره المجلس القومي لحقوق الإنسان .

- أحد الأطباء الشرعيين التابعيين لوزارة العدل من ذوى الخبرة في مجال الطب النفسي يعينه وزير العدل .

ويجوز للمجلس الإقليمي أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة والتخصص دون أن يكون له صوت معدود في المداولات ، ويعين المجلس الإقليمي أمانة فنية تابعة له، وما يلزم من أجهزة إدارية.

مــادة (9):

يتولى المجلس الإقليمي للصحة النفسية الإشراف على تطبيق أحكام هذا القانون في النطاق المحلى الكائن به ويختص بمباشرة المهام الآتية:

1. متابعة التقارير الشهرية الواردة من المنشات النفسية والمتعلقة بحالات الدخول والعلاج الإلزامي

2. تقديم تقارير دورية عن أعماله إلى المجلس القومي للصحة النفسية كل ثلاثة أشهر.

3. إنشاء سجلات لقيد أسماء الأطباء النفسيين المسموح لهم من قبل المجلس القومي بتطبيق قرارات الدخول والعلاج الإلزامي والأوامر العلاجية والتقييم المستقل وذلك طبقا لما تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

4. ندب الأطباء المسجلين في سجلات المجلس لإجراء التقييم النفسي المستقل وفحص المودعين بقرارات أو أحكام قضائية بناءا على طلب من مدير المنشأة.

5. التفتيش على المنشأت المنصوص عليها في المادة 2 من هذا القانون والتأكد من التزامها والعاملين بها بتطبيق المعايير والإجراءات التي يتطلبها تنفيذ أحكام هذا القانون، ويتمتع المفتشون الفنيون الذين يعينهم المجلس بسلطة الضبطية القضائية بناءا على قرار يصدر بذلك من وزير العدل بالاتفاق مع الوزير المختص بالصحة .

6. النظر في الشكاوى المقدمة من المرضى أو من عائلاتهم أو من يمثلهم والرد عليها في خلال إسبوعين من تاريخ تقديم الشكوى.

7. تشكيل لجان من ذوى الخبرة والاختصاص في مجال الصحة النفسية وذلك لمراجعة قرارات الدخول والعلاج الإلزامي والأوامر العلاجية وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون كيفية تشكيل تلك اللجان ومهامها وكيفية التظلم من قراراتها .

وفي جميع الحالات التي تتطلب إبلاغ المجلس بها يتعين علي المجلس أن يصدر قراره في شأنها خلال مدة أقصاها ستة أيام عمل من تاريخ إبلاغه بالحالة ، فإذا لم يصدر المجلس قراره خلال تلك المدة ، جاز لمدير المنشأة اتخاذ القرارات اللازمة بشان المريض طبقا لأحكام هذا القانون على أن يتم إبلاغ المجلس بذلك .

الباب الثالث

دخول المريض النفسي بمنشآت الصحة النفسية

الفصل الأول

الدخول الإرادي

مــادة (10) :

يحق لكل مريض نفسي بلغ الثامنة عشر من عمره طلب دخول إحدى منشات الصحة النفسية دون موافقة احد كما يحق له طلب الخروج في أي وقت إلا إذا انطبقت عليه شروط الدخول الإلزامي وفى هذه الحالة تتبع الإجراءات المقررة في هذا الشأن ،و في جميع الأحوال يخطر أهل المريض متى وافق على ذلك .

مــادة (11) :

يجوز للطبيب النفسي المسئول أو من ينوب عنه بناء علي تقييم نفسي مسبب أن يمنع مريض الدخول الإرادي من مغادرة المنشأة لمدة لا تُتجاوز 72 ساعة في أي من الحالتين الآتيتين :

1. إذا رأى أن خروجه يشكل احتمالا جديا لحدوث أذى فوري أو وشيك على سلامته أو صحته أو حياته أو على سلامة أو صحة أو حياة الآخرين.

2. إذا رأى أنه غير قادر على رعاية نفسه بسبب نوع أو شدة المرض النفسي .

ولا يجوز للطبيب في الحالتين المذكورتين إعطاء المريض أي علاج دون موافقته خلال تلك المدة فيما عدا علاج الطوارئ ، ويتعين لإخضاعه لنظام الدخول الإلزامي طبقا لأحكام المادة 13 من هذا القانون إبلاغ المجلس الإقليمي للصحة النفسية وإجراء تقييم طبي مستقل ويجوز مد الفترة المشار إليها بما لا يجاوز أسبوعا إذا استمرت المبررات المنصوص عليها في المادة من هذا القانون المذكورة ولم يكن في الإمكان الحصول على التقييم الطبي المستقل خلال الثلاثة الأيام الأولى من منع المريض من مغادرة المنشأة على أن يخطر المجلس الإقليمي للصحة النفسية بالأسباب التي أدت إلى مد الحجز وذلك كله على النحو الذي تقرره اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

مــادة (12) :

يجوز لأي من الوالدين أو الوصي أو القيم تقديم طلب لفحص المريض النفسي ناقص الأهلية لعلاجه بإحدى منشات الصحة النفسية ، على أن يستشار الأخصائي الاجتماعي بتلك المنشأة في هذا الطلب وعلى أن يُبّلغ المجلس الإقليمي للصحة النفسية في خلال يومي عمل من تاريخ الدخول ، كما يجوز لأي من الوالدين أو الوصي أو القيم تقديم طلب للخروج في أي وقت إلا إذا انطبقت علي المريض شروط الحجز الإلزامي وفى هذه الحالة تتبع الإجراءات المقررة في هذا الشأن .

الفصل الثاني

الدخول الإلزامي

مــادة (13) :

لا يجوز إدخال أي شخص إلزاميا للعلاج بإحدى منشات الصحة النفسية إلا بموافقة طبيب متخصص في الطب النفسي وذلك عند وجود علامات واضحة تدل على وجود مرض نفسي شديد يتطلب علاجه دخول إحدى منشأت الصحة النفسية وذلك في الحالتين الأتيتين:

الأولى: قيام احتمال تدهور شديد ووشيك للحالة النفسية.

الثانية: إذا كانت أعراض المرض النفسي تمثل تهديدا جديا ووشيكا لسلامة أو صحة أو حياة المريض أو سلامة وصحة وحياة الآخرين.

وفى هاتين الحالتين يتعين أن يكون المريض رافضا لدخول المنشأة لتلقى العلاج اللازم على أن يتم إبلاغ الأهل ، ومدير المنشأة ، ومكتب الخدمة الاجتماعية التابع له محل إقامة المريض والمجلس القومي للصحة النفسية أو المجلس الإقليمي للصحة النفسية بقرارات إدخال المريض إلزاميا خلال أربعه وعشرون ساعة من دخوله مرفقا بها تقرير يتضمن تقييما لحالته الصحية وذلك كله على النحو الذي تحدده اللائحة التنفيذية .

مــادة (14) :

يجوز لطبيب غير متخصص في الطب النفسي بإحدى منشأت الصحة النفسية المنصوص عليها في هذا القانون وفى الحالتين المنصوص عليهما في المادة السابقة ووفقا للأحكام المنصوص عليها فيها أن يدخل مريضا دون إرادته لتقييم حالته ولمده لا تجاوز ثمانية وأربعين ساعة وذلك بناء على طلب كتابي يقدم إلى المنشأة من أي من الأشخاص الأتيه :

1- أحد أقارب المريض حتى الدرجة الثانية

2- أحد ضباط قسم الشرطة .

3- الأخصائي الاجتماعي بالمنطقة

4- مفتش الصحة المختص

5- قنصل الدولة التي ينتمي إليها المريض الأجنبي.

6- أحد متخصصي الطب النفسي ممن لا يعمل بتلك المنشأة ولا تربطه صلة قرابة بالمريض أو بمدير المنشأة حتى الدرجة الثانية .

ويعرض الأمر على النيابة العامة خلال فتره لا تجاوز 24 ساعة لاتخاذ ما يلزم .

ويجوز للطبيب النفسي المسئول إلغاء الدخول الإلزامي قبل انتهاء المدة المشار إليها في الفقرة الأولى من هذه المادة إذا انتفت مبرراته على أن يقوم بإبلاغ ذلك لكل من مدير المنشأة ومكتب الخدمة الإجتماعية والمجلس الإقليمي للصحة النفسية مع إحاطة المريض والأهل علما بهذا القرار.

مــادة (15) :

يجوز للطبيب النفسي المسئول أن يمد فترة الدخول الإلزامي المنصوص عليها في المادة السابقة إلى مدة أقصاها سبعة أيام وذلك إذا استمرت المبررات المنصوص عليها في المادة 13 من هذا القانون ولم يكن في الإمكان الحصول على التقييم الطبي المستقل خلال الثلاثة أيام الأولى من الدخول الإلزامي مع إخطار الجهات المشار إليها في المادة السابقة .

مــادة (16) :

لا يجوز إبقاء المريض النفسي إلزاميا بإحدى منشأت الصحة النفسية لأكثر من إسبوع إلا بعد إجراء تقيمين نفسيين للمريض بواسطة أخصائيين للطب النفسي مسجلين لدى المجلس الإقليمي للصحة النفسية المختص بحسب الأحوال أحدهم من خارج المنشأة والأخر من العاملين بها على أن يكون أحدهم موظفا حكوميا، وفى كل الأحوال لا يجوز أن يتم التقييم بواسطة أخصائيين يعملان بجهة واحده ويرسل التقيمان إلى المجلس الإقليمي للصحة النفسية خلال سبعة أيام من استبقاء المريض إلزاميا ، ويرفق بهما النموذج المستخدم لذلك .

وفى حالة عدم استيفاء هذه الإجراءات في المواعيد المحددة تنتهي حالة الدخول الإلزامي للمريض، وتتحمل المنشأة ما قد ينجم عن ذلك من أثار .

وفى جميع الأحوال تنتهي حالة الدخول الإلزامي للمريض إذا لم يقتنع المجلس الإقليمي للصحة النفسية بنتائج التقييم النفسي المقدمة إليه وذلك بعد فحص المجلس القومي للصحة النفسية أو المجلس الإقليمي للصحة النفسية له .

مــادة (17) :

في الحالات غير العاجلة و التي يتعذر فيها إحضار المريض بالوسائل العادية ، يتعين علي الأشخاص المذكورين بالمادة (14) من هذا القانون إبلاغ النيابة العامة لندب احد الأطباء النفسيين لفحص حالة المريض وتقرير ما إذا كانت حالته تستدعى الدخول الإلزامي للمنشأة وعرض ذلك على النيابة العامة والتي لها أن تأمر بنقله إلي احدي منشآت الصحة النفسية العامة للعلاج إذا ما قرر الطبيب النفسي حاجة المريض إلي ذلك ، أو نقله إلى أحدى المنشآت الخاصة إذا رغب المريضأو ذويه في ذلك بناء على طلب يُقدم للنيابة العامة .

ويشترط في الطبيب الذي تنتدبه النيابة العامة أن يكون مقيداً لدى المجلس الإقليمي للصحة النفسية المختص بحسب الأحوال وألا يمُت بصلة قرابة للمريض أو لمدير المنشأة حتى الدرجة الثالثة ، وألا يكون من العاملين بالمنشأة التي يعالج فيها المريض .

مــادة (18) :

يجوز في الحالات العاجلة التي لا تحتمل اتخاذ الإجراءات الواردة في المادة السابقة إبلاغ أحدى منشآت الصحة النفسية لفحص المريض ونقله للعلاج على وجه السرعة على أن يرفع تقرير للمجلس الإقليمي للصحة النفسية عن الحالة خلال أربع وعشرين ساعة متضمنا التشخيص المبدئي والكيفية التي تم بها نقل المريض والأشخاص الذين قاموا بالنقل مع بيان أسباب حالة الاستعجال، وذلك كله على النحو الذي تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مــادة (19) :

يجوز للطبيب النفسي المسئول أن يمد فترة الدخول الإلزامي المنصوص عليها في المادتين 14 و15 من هذا القانون لمدة شهر، وذلك بغرض استكمال التقييمأو تطبيق إجراءات العلاج الإلزامي وبعد إبلاغ الجهات المنصوص عليها في المادة 13 من هذا القانون ويجوز مد هذه المدة حتى ثلاثة أشهر بعد إبلاغ المجلس الإقليمي للصحة النفسية بناء على تقرير يتضمن تقييم لحالة المريض ، والأسباب الداعية لاحتجازه ، فإذا اقتضت حالة المريض بقاءه بالمنشأة مده أطول يكون المد بقرار من المجلس الإقليمي للصحة النفسية لمدد لا تجاوز ستة أشهر وذلك بعد إعادة تقييم حالة المريض طبقاً للإجراءات المنصوص عليها في هذا القانون ، ولا يجوز تجديدها إلا بقرار من المجلس المذكور.

وفى جميع الأحوال يجوز لكل ذي شأن أن يتظلم من قرار الدخول الإلزامي أو الاستمرار فيه أو إلغائه دون التقيد بأية مده إلى محكمة الجنح المستأنفة منعقدة في غرفة المشورة .

وتختص هذه المحكمة دون غيرها بالفصل في التظلم وجميع المنازعات المتعلقة بالدخول الإلزامي بعد أخذ رأى المجلس الإقليمي للصحة النفسية والنيابة العامة .

مــادة (20) :

يجوز للمريض أو لمحاميه أو لذويه التظلم من قرارات الحجز أو العلاج الإلزامي إلي المجلس الإقليمي للصحة النفسية، وللمجلس في هذه الحالة أن يندب خبيراً من خارج المنشأة لفحص الحالة النفسية للمريض، وعلى المجلس أن يبت في التظلم في خلال مدة أقصاها إسبوعين من تاريخ تقديمه .

ويجوز للمريض أو محاميه أو ذويه التظلم مباشرة من هذه القرارات إلى المجلس القومي للصحة النفسية، وعلى المجلس أن يبت في التظلم خلال مده أقصاها إسبوعين من تاريخ تقديمه ، وذلك كله مع عدم الإخلال بحقهم في الطعن على قرارات مجالس الصحة النفسية أمام محكمة القضاء الإداري، و للمريض الحق في التظلم مره واحده كل مدة حجز..

مــادة (21) :

إذا هرب المريض الخاضع لنظام الدخول أو العلاج الإلزامي وجب على إدارة المنشأة إبلاغ الشرطة أو النيابة العامة للبحث عنه وإعادته إلى المنشأة لاستكمال إجراءات العلاج الإلزامي .

مــادة (22):

يجوز لمدير المنشأة إنهاء حالة الدخول أو العلاج الإلزامي بناءَ على طلب احد أقرباء المريض أو من يقوم علي شئونه قانونا وذلك إذا أصيب المريض بمرض جسماني ينُذر بالموت علي أن يِخطر بذلك المجلس الإقليمي للصحة النفسية خلال مدة لا تُجاوز ثلاثة أيام عمل .

مــادة (23) :

يجوز لمدير المستشفى نقل المريض الخاضع لقرارات الدخول أو العلاج الإلزامي من منشأة إلي أخري بعد إبلاغ المجلس الإقليمي للصحة النفسية بناء علي تقييم يوضح حالة المريض والأسباب الداعية لنقله .

الفصل الثالث

الإيداع بقرارات أو بأحكام قضائية

مــادة (24) :

في حالة صدور قرار من النيابة العامة أو حكم قضائي بإيداع أحد المتهمين بإحدى منشآت الصحة النفسية للفحص ينتدب المجلس الإقليمي للصحة النفسية لجنة ثلاثية من الأطباء المقيدين لديه لفحص حالة المودع النفسية والعقلية طبقاً لمضمون القرار أو الحكم ، ويجب إبلاغ الجهة القضائية بتقرير عن الحالة النفسية والعقلية يتضمن نتيجة التقييم وذلك خلال المدة التي يحددها قرار الجهات القضائية وله أن يطلب مهله إضافية إذا اقتضى الأمر على أن يشمل التقرير ما يأتي:

1. حالة المودع النفسية أو العقلية وقت ارتكاب الجريمة من حيث مدى توافر الإدراك أو الاختيار.
2. حالة المودع النفسية أو العقلية وقت إجراء التقييم .
3. الخطة العلاجية المقترحة .

مــادة (25) :

في جميع الأحوال لا يجوز إنهاء الإيداع أو منح المريض أجازة للعلاج إلا بعد الرجوع إلي الجهة القضائية الآمرة بالإيداع ، ويجب مراجعة تقييم قرار الإيداع مره كل عام على الأقل.

كما يجوز للمحكمة أو النيابة العامة في مواد الجنح البسيطة وفي المخالفات أن تفوض المجالس الإقليمية للصحة النفسية في إنهاء الإيداع أو في منح إجازات للعلاج دون الرجوع إليها ويتمتع المريض المودع للعلاج بموجب أحكام أو أوامر قضائية بكافة حقوق المرضى المنصوص عليها في المادة 36 من هذا القانون .

مــادة (26) :

يجوز لمدير المنشأة في حالة إصابة المودع بأحد الأمراض العضوية التصريح بخروجه بصحبة الشرطة للعلاج بإحدى المستشفيات المتخصصة ، وفي هذه الحالة تلتزم الشرطة بحراسته طوال فترة علاجه وإعادته إلى مكان الإيداع .

الباب الرابع

علاج المريض النفسي

مــادة (27) :

في حالة تمتع المريض بالقدرة العقلية على فهم وإدراك الإجراءات والمعلومات المقدمة إليه واتخاذ قرار مبنى على هذا الإدراك والتعبير عنه تعبيرا صحيحا يلتزم الطبيب النفسي المسئول بعدم إعطاء أي علاج لمريض الدخول الإرادي دون الحصول على موافقته المسبقة المبنية على إرادة حرة مستنيرة ،كما يلتزم بتسجيل الخطة العلاجية المقترحة،واثبات موافقة المريض أو عدم موافقته في الملف الطبي له وذلك طبقاً للشروط والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

وتقع مسئولية تقرير قدرة المريض العقلية على إعطاء موافقة صريحة ومستنيرة من عدمه على الطبيب النفسي المسئول.

وفى جميع الأحوال يلتزم أعضاء الفريق العلاجي بتسجيل كل تدخل علاجي يقوم به أي منهم بملف المريض وذلك على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مــادة (28) :

لا يجوز إعطاء المريض النفسي أي علاج لحالته سواء كان هذا العلاج دوائيا أو نفسيا أو سلوكيا أو كهربائيا أو أي من العلاجات المستخدمة في الطب النفسي دون إحاطته علما بذلك ،ويتعين إحاطته علما بطبيعة هذا العلاج والغرض منه

والآثار التي قد تنجم عنه والبدائل العلاجية له ، إذا امتنع مريض الدخول الإلزامي عن تناول العلاج المقرر يحق للطبيب النفسي المسئول إلزامه بالعلاج ، على أن يستوفى الطبيب إجراءات العلاج الإلزامي قبل الشروع في ذلك ،ويجب عليه مراجعة إجراءات العلاج الإلزامي كل أربعة أسابيع على الأكثر ،كما يجب إعادة النظر في تلك الإجراءات عند قيام الطبيب المعالج بإجراء أي تغيير جوهري في الخطة العلاجية المصرح بها ، وإذا استمر العلاج الإلزامي مدة أكثر من ثلاثة أشهر يتعين الحصول على تقييم طبي آخر مستقل ، وذلك كله علي النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون

مــادة (29) :

يجوز في حالة الضرورة العاجلة إعطاء المريض النفسي العلاج دون الحصول علي موافقته متى كان ذلك لازما لمنع حدوث تدهور وشيك للحالة النفسيةأو الجسدية للمريض من شانها أن تعرض حياته أو صحته أو حياة وصحة الآخرين لخطر جسيم وشيك علي ألا تتجاوز مدته اثنين وسبعين ساعة وذلك طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مــادة (30) :

لا يجوز إجراء العلاج الكهربائي اللازم لحالة المريض النفسي إلا تحت تأثير مخدر عام وباسط للعضلات ،ويتعين الحصول على موافقته على ذلك كتابة بناء على إرادة حرة مستنيرة وبعد إحاطته علما بطبيعة هذا العلاج والغرض منه ،والآثار الجانبية التي قد تنجم عنه، والبدائل العلاجية له، فإذا رفض المريض الخاضع لإجراءات الدخول والعلاج الإلزامي هذا النوع من العلاج وكان لازما لحالته فرض عليه بعد إجراء تقييم طبي مستقل.

مــادة (31) :

يحق للطبيب النفسي المسئول أن يصرح بإعطاء المرضى الخاضعين لقرارات الدخول والعلاج الإلزامي أجازات علاجيه بالشروط والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون، ويستمر المريض في تلك الحالة خاضعا لقرارات الدخول والعلاج الإلزامي. وفى حالة تخلف المريض الحاصل على أجازه علاجيه عن الحضور إلى المنشأة في نهاية المدة المحددة لأجازته تبلغ الشرطة عنه لإعادته مره أخرى.

مــادة (32) :

يجوز نقل المريض النفسي الخاضع للدخول أو العلاج الإلزامي من منشأة الصحة النفسية الموجود بها إلى مستشفى عام للعلاج وذلك إذا ما أصابه مرض جسدي ولم يتوفر له علاج بالمنشأة الموجود بها .

مــادة (33) :

يجوز تطبيق نظام الأوامر العلاجية على المريض النفسي الخاضع لنظام الدخول والعلاج الإلزامي بعد خروجه من المنشأة ، ويقصد به فرض العلاج على المريض النفسي خارج نطاق منشآت الصحة النفسية وتحت إشرافها إذا توافرت الشروط الآتية :

1. أن تسمح حالة المريض استمرار علاجه دون الحاجة لبقائه بالمنشأة .
2. إذا كان من شأن توقف العلاج تدهور حالة المريض النفسي .
3 . ألا تمثل حالة المريض خطراً جسيماً على حياته أو سلامة وحياة الآخرين.
4. أن يكون للمريض تاريخ معروف بعدم الانتظام في تعاطي الأدوية النفسية الموصوفة له على نحو أدى إلى تكرار انتكاس حالته ودخوله وعلاجه إلزاميا بإحدى المنشآت النفسية.

5. أن يتم الحصول على تقييم طبي مستقل .

6. أن يتم إبلاغ المجلس القومي للصحة النفسية أو المجلس الإقليمي للصحة النفسية بذلك.

ويتضمن نظام الأوامر العلاجية التزام المريض بالحضور للمنشأة في الأوقات التي يُحددها الفريق المعالج والسماح للفريق المعالج بزيارة المريض في محل إقامته طبقاً للخطة العلاجية المقررة .

مــادة (34) :

يجب ألا تزيد مدة تطبيق نظام الأوامر العلاجية على ستة أشهر ولا يجوز تجديدها لمدد أخرى إلا بعد إبلاغ المجلس الإقليمي للصحة النفسية وللمجلس الحق في إلغاء هذه الأوامر إذا وجد من الأسباب ما يستلزم ذلك .

مــادة (35)

في حالة وفاة المريض الخاضع لإجراءات الدخول أو العلاج الإلزامي تلتزم إدارة المنشأة بإخطار النيابة المختصة وأهل المريض والمجلس الإقليمي للصحة النفسية خلال أربع وعشرين ساعة من تاريخ الوفاة ، فضلاً عن إرسال تقرير مفصل إلى المجلس الإقليمي للصحة النفسية مصحوبا بصورة كاملة من ملف المريض المتوفى شاملا جميع الفحوصات والأبحاث وطرق العلاج التي استخدمت .

الباب الخامس

حقوق المرضى

ماده (36):

يتمتع المريض النفسي الذي يعالج بإحدى المنشآت المنصوص عليها في المادة(2) من هذا القانون بالحقوق الآتية :-

1. تلقى العناية الواجبة في بيئة آمنة ونظيفة .

2. حظر تقييد حريته على خلاف أحكام هذا القانون .

3 . الإحاطة علماً باسم ووظيفة كل أفراد الفريق العلاجي الذي يرعاه بالمنشأة .

4. رفض مناظرته أو علاجه بمعرفة أي من أفراد الفريق العلاجي على أن يستجاب لهذا الحق في حدود الإمكانات المتاحة.

5. تلقى المعلومات الكاملة عن التشخيص الذي أعطي لحالته وعن الخطة العلاجية المقترحة وعن احتمال تطورات حالته .

6. أن يكون العلاج المقدم له طبقاً للمعايير الطبية المرعية والمعترف بها في الأوساط العلمية .

7. ضرورة أخذ موافقة لجنة أخلاقيات البحث العلمي قبل تعرضه لأي بحث إكلينيكي .

8. أن يحظى في حالة الموافقة على الخضوع لإجراء التجارب والبحوث العلمية بشرح كامل لهدف التجربة، على أن يحظر إجراء التجارب على المرضى الخاضعين لقرارات الدخول والعلاج الإلزامي

9. حماية سرية المعلومات التي تتعلق به وبملفه الطبي وعدم إفشاء تلك المعلومات لغير الأغراض العلاجية إلا في الحالات الأتيه :

- طلب المعلومات من جهة قضائية.

-وجود احتمال قوى بحدوث ضرر خطير أو إصابة وخيمة للمريض أو الآخرين .

- حالات الاعتداء على الأطفال أو الشك في وجود اعتداء.

حق المجلس القومي للصحة النفسية في تكوين لجنه فنيه من الأطباء المتخصصين يكون لها الحق في الإطلاع على سجلات المرضى طبقا للبند رقم 4 من المادة 7 من هذا القانون .10. حماية خصوصياته ومتعلقاته الشخصية ومكان إقامته بالمنشأة .

11. الحصول على تقرير طبي كامل عن حالته النفسية وعن كافة الفحوصات والإجرات العلاجية التي تمت له أثناء علاجه بالمستشفى، وفى حالة رغبته في الحصول على صوره ضوئية من الملف كاملا أن يلجأ إلى المجلس المختص للصحة النفسية ويجوز للمجلس حجب هذا الحق مؤقتا لأسباب علاجيه ويحق للمريض التظلم من هذا الإجراء طبقا لأحكام هذا القانون ولائحته التنفيذية.

12. التظلم من أي إجراء وفقاً للقواعد والإجراءات التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

13. مقابلة زائريه أو رفض مقابلتهم ما لم تتعارض المقابلة مع الخطة العلاجية .

14. تمكينه من مقابلة محاميه .

15. الحصول على أجازات علاجية طبقاً للخطة العلاجية الموضوعة له .

16. طلب الخروج من المنشأة دون مصاحبة أحد من ذويه متى انتهت فترة دخوله إلزاميا بعد الحصول على خطه لرعايته نفسيا بعد الخروج، وذلك مع مراعاة رعايته اجتماعيا .

17. الحماية من الاستغلال الاقتصادي والجنسي ومن الإيذاء الجسدي والنفسي والمعاملة المهينة .

18. الحصول على خدمات الاتصال الداخلي والخارجي وذلك طبقا للخطة العلاجية المقررة .

في حالات العلاج الإرادي :

أ.تلقي المعلومات اللازمة لإعطاء موافقة صريحة حرة مستنيرة لكل علاج مقترح من الفريق العلاجي .

ب. رفض العلاج المقدم له على أن يحاط علماً بتأثير هذا الرفض علي صحته .

ت. أخذ رأيه في كل القرارات المتعلقة بعلاجه وخروجه من المنشأة والحصول كتابة من إدارة المنشأة علي خطة علاجه وخروجه .

مــادة (37) :

تلتزم كل منشأة خاضعة لهذا القانون بتسليم المريض وذويه صورة من حقوق المريض المنصوص عليها في المادة السابقة عند دخول المنشأة وذلك مع إيداع نسخة من هذه الحقوق بملفه الطبي وأخرى بالسجلات الطبية بعد التوقيع عليهما من المريض . كما تلتزم بوضع نسخة من تلك الحقوق في أماكن ظاهرة ليطلع عليها المرضى والزائرون ، وتلتزم إدارة المنشأة بإيضاح هذه الحقوق لكل مريض عند الدخول وكذلك إيضاح إجراءات التظلم ، وكيفية تقديم الشكاوى والجهة المنوط بها استلامها وذلك طبقا لما تحدده اللائحة التنفيذية لهذا القانون.

مــادة (38) :

تشكل بكل منشأة من منشأت الصحة النفسية لجنة لرعاية حقوق المرضى بقرار من مدير المنشأة على النحو التالي :-

1. أحد الأطباء النفسيين المسئولين بالمنشأة. (رئيساً)
2. أحد أهالي المرضى أو أحد أعضاء الجمعيات الأهلية المهتمة بحقوق المرضى.
3. أحد الأخصائيين الاجتماعيين بالمنشأة إن وجد
4. ممثل عن المجلس الإقليمي للصحة النفسية .(أعضاء)
5. ممثل عن هيئة التمريض

وتختص هذه اللجنة برعاية الحقوق المنصوص عليها في هذا القانون ، وبالقيام بحملات توعية بهذه الحقوق بين المرضى والعاملين ،كما تختص أيضا بتلقي الشكاوى المقدمة من المرضى أو ذويهم والتوجيه بما يلزم ،ويحق لهذه اللجنة تلقى التظلم من قرارات الدخول والعلاج الإلزامي والأوامر العلاجية ورفعها إلى مجالس الصحة النفسية ،ويجب على اللجنة تقديم تقرير دوري للمجلس المختص ، وذلك كله على النحو الذي تبينه اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

مــادة (39) :

لا يجوز لغير أفراد الفريق العلاجي أو القائمين على السجلات الطبية الإطلاع على المستندات الخاصة بالمريض إلا بإذن كتابي منه. كما لا يجوز استخراج صورة منها إلا بإذن من المجلس الإقليمي للصحة النفسية.

مــادة (40) :

لا يجوز تقييد حرية المريض جسدياً أو عزله بأية وسيلة دون إتباع الإجراءات الفنية التي تحددها اللائحة التنفيذية لهذا القانون .

الباب السادس

صندوق الصحة النفسية

مــادة (41) :

ينشأ صندوق للصحة النفسية بوزارة الصحة يديره مجلس إدارة يشكل بقرار من الوزير المختص بالصحة على النحو التالي :

1. الوزير المختص بالصحة أو من ينيبه (رئيساً).
2. أمين عام الصحة النفسية.
3. رئيس الإدارة المركزية للأمانة العامة بوزارة الصحة .
4. أحد أعضاء المجلس القومي للصحة النفسية يختاره المجلس .
5. عضو من الجمعيات الأهلية المهتمة بالصحة النفسية أعضاء.
6. أحد الشخصيات العامة المهتمين بالصحة النفسية .
7. مراقب مالي بوزارة الصحة .

وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون نظام عمل المجلس وكيفية إصدار قراراته . وللمجلس أن يستعين بمن يراه من ذوى الخبرة.

مــادة (42) :

تتكون موارد الصندوق من :-

1. ما يخصص للصندوق من الموازنة العامة للدولة .

2. رسوم قيد المنشآت المنصوص عليها بالمادة (2) من هذا القانون في سجلات المجلس الإقليمي للصحة النفسية وذلك بحد أقصى عشرة ألاف جنيه لكل منشأه ويصدر بتحديد الرسم قرار من الوزير المختص بالصحة حسب عدد أسرة المنشأة وتحدد اللائحة التنفيذية لهذا القانون الشروط والإجراءات اللازمة في هذا الشأن .

3. حصيلة دمغات الصحة النفسية المستحقة على استخراج الشهادات والتقارير الطبية التي تحدد بقرار من الوزير المختص بالصحة وذلك بواقع ثلاثين جنيها عن الشهادة أو التقرير .

4. ما يؤدى عن الدخول للعلاج بمنشآت الصحة النفسية والتي تحدد بقرار من الوزير المختص بالصحة بواقع مائة جنيه تسددها المنشآت عن كل حاله دخول للعلاج بها .

5. الهبات والوصايا والتبرعات التي يقبلها مجلس إدارة الصندوق .

ويتم الصرف من هذه الحصيلة في الأغراض التالية :-

1. 0% لإجراءات التقييم المستقل .

2.30% للتدريب .

3. 10%لعمل حملات توعية عن الصحة النفسية بالمجتمع .

4. 10% دعم لجان حقوق المرضى .

5. 5% بدلات حضور أعضاء مجالس الصحة النفسية .

6. 5% حوافز للعاملين بالصحة النفسية .

مــادة (43) :

يصدر الوزير المختص بالصحة قراراً باللائحة المالية والإدارية لصندوق الصحة النفسية .

الباب السابع: العقوبات

مــادة (44) :

مع عدم الإخلال بأية عقوبة اشد منصوص عليها في قانون أخر ، يعاقب علي الجرائم الواردة في هذا القانون بالعقوبات المنصوص عليها من المواد التالية

مــادة (45) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنتين وبغرامة لا تقل عن خمسة آلاف جنيهاً ولا تزيد علي عشرة آلاف جنيهاً أو بإحدى هاتين العقوبتين :

1. كل طبيب أثبت عمداً في تقريره ما يخالف الواقع في شأن الحالة النفسية أو العقلية لأحد الأشخاص بقصد إدخاله المنشأة أو إخراجه منها .

2. كل من حجز أو تسبب عمدا في حجز أحد الأشخاص بصفته مصاباً بأحد الأمراض النفسية أو العقلية في غير الأمكنة او الأحوال المنصوص عليها في هذا القانون .

مــادة (46) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز ستة أشهر وبغرامة لا تزيد على ثلاثة آلاف جنيها أو بإحدى هاتين العقوبتين :

1. كل من مكن عمدا شخصاً خاضعاً لإجراءات الدخول أو العلاج الإلزامي من الهرب أو ساعده عليه أو أخفاه بنفسه أو بواسطة غيره مع علمه بذلك .

2. كل من حال دون إجراء التفتيش المخول للمجلس القومي للصحة النفسيةأو المجلس الإقليمي للصحة النفسية أو من يندبه لذلك طبقاً لأحكام هذا القانون .

3. كل من رفض إعطاء معلومات يحتاج إليها المجلس القومي للصحة النفسية أو المجلس الإقليمي للصحة النفسية أو مفتشوها في أداء مهمتهم أو أعطى معلومات مخالفه للحقيقة مع علمه بذلك .

4. كل من أبلغ إحدى الجهات المختصة كذباً مع سوء القصد في حق أحد الأشخاص بأنه مصاب بمرض نفسي مما نصت عليه أحكام هذا القانون.

مــادة (47) :

يعاقب بالحبس مدة لا تجاوز سنة وبغرامة لا تزيد علي خمسة آلاف جنيهاً أو بإحدى هاتين العقوبتين كل من كان مكلفاً بحراسة أو تمريض أو علاج شخص مصاب بمرض نفسي وأساء معاملته أو أهمله بطريقة من شأنها أن تحدث له آلاما أو أضراراً .

وإذا ترتب على سوء المعاملة مرض أو إصابة أو إعاقة بجسم المريض تكون العقوبة الحبس مدة لا تجاوز ثلاث سنوات.

مــادة (48) :

يعاقب بغرامه لا تزيد على عشرة ألاف جنيه كل من خالف حكما من أحكام المواد (11، 27، 28 ،30، 36 ) من هذا القانون .

مــادة (49) :

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرة آلاف جنيه ولا تزيد على عشرين ألف جنيه كل من أفشى سرا من أسرار المريض النفسي بالمخالفة لأحكام هذا القانون ، أو أعطاه عمدا أو بإهمال شديد دواء بدون تعليمات الطبيب المختص أو بالمخالفة لتعليماته .

مــادة (50) :

يعاقب بغرامه لا تزيد على ثلاثة آلاف جنيه كل من خالف أحكام المادة 37 من هذا القانون.

ويعاقب بغرامه لا تقل عن ثلاثة آلاف جنيه ولا تزيد عن عشرة آلاف جنيه كل من خالف أحكام المادة 40 من هذا القانون .

ملاحظات:

يستبدل بنص المادة 62 من قانون العقوبات الصادر بالقانون رقم 58 لسنة 1937 النص الأتي:

المادة"62"

لا يسأل جنائيا الشخص الذي يعانى وقت ارتكاب الجريمة من اضطراب نفسي أو عقلي أفقده الإدراك أو الاختيار أو الذي يعانى من غيبوبة ناشئه عن عقاقير مخدره أيا كان نوعها إذا أخذها قهرا عنه أو على غير علم منه بها.

ويظل مسئولا جنائيا الشخص الذي يعانى وقت ارتكاب الجريمة من اضطراب نفسي أو عقلي أدى إلى إنقاص إدراكه أو اختياره.

وتأخذ المحكمة في اعتبارها هذا الظرف عند تحديد مدة العقوبة.

"المادة الثالثة"

تستبدل في قانون الإجراءات الجنائية الصادر بالقانون رقم 150 لسنة 1950عبارة "حالة الاضطراب العقلي للمتهم "بعبارة "حالة المتهم العقلية" "و عبارة " إحدى منشأت الصحة النفسية الحكومية" بعبارة "أحد المحال الحكومية" الواردتين في المادة 338، وعبارة "اضطراب عقلي "بعبارة " عاهة في عقله " الواردة في المادتين 339 و 342 وعبارة " للأمراض النفسية" بعبارة "للأمراض العقلية" الواردة في المادة 342، وعبارة "باضطراب عقلي" بعبارة " بجنون" وعبارة "للأمراض النفسية" بعبارة "للأمراض العقلية" الواردة في المادة 487.

"المادة الرابعة"

تستبدل عبارة "الاضطراب النفسي أو العقلي" بعبارة "الجنون أو العته أو عاهة العقل" أينما وردت في أي قانون آخر.

"المادة الخامسة"

يُلغى القانون رقم 141 لسنة 1944 بشأن حجز المصابين بأمراض عقلية ،كما يلغى كل حكم يخالف أحكام القانون المرفق

# ملخص الكتاب باللغة الإنجليزية

## SUMMARY

## PSYCHIATRY AND THE LAW

## MENTALLY ILL PEOPLE IN PSYCHIATRY, LAW AND ISLAMIC PERSPECTIVE

Contents:

- Psychiatry and the law:    Courts.

Psychiatry and crimes.

Criminal responsibility.

Competence.

- Practical problems in psychiatric practice:    Concerns of mental patients. Violence and psychiatry. Psychiatrist in the court.

Mental Patients and justice.

Malingering.

- Ethical considerations :    Confidentiality and privilege. Disclosure to safeguard.

Involuntary admission.

Physician-patient relationship and malpractice.

- Islamic perspective :    Overview.

Concept of mind and insanity. Justice and Islamic shariaa` rules. Rights of people with mental illness in Islam.

Criminal responsibility and competence in Islamic perspective. Islamic view of ethical issues.

-Conclusion, recommendations and suggestions.

**-References.**

-Appendices.

This work aims at highlighting the rights of people with mental illness from different aspects and approaches. This study is rather a professional psychiatric review of rights of mentally Ill people in psychiatry,law and Islamic perspectives. High prevalence of psychiatric disorders allover the world is decuomented in WHO statistics. Mental illness is of special nature because of the stigma, negative attitudes of the public and unture concepts and beliefs about mental patients.
Types of mental disorders in the recent nosological disciplines and definitions of the main categories are mentioned in the introduction. Rights of mental patients include mainly right to treatment by modern therapeutic modalities and standard quality of care. Civil rights of mental patients include least restrictive alternatives,right to receive visitors, free communication with the outside world

and privacy rights. Hospitalization and admissions are critically discussed in this study. The domain of  forensic psychiatry includes many subjects in relation to psychiatry and the law . The relationship of psychiatry and the law together with the concept of frensic psychiatry and mental competence are discussed.

Certain pratical problems related to rights of mental patients such as their concerns and issues of violence are highlighted from psychiatric point of view. Ethical considerations e.g.confidentiality and privalage, disclosure to safeguard others and the society are raised. Psychiatrist-patient relationship is dicussed from the ethical point of view together with the prolems of malpractice and claim against psychiatric professionals.

The most important area of interest in this study is the review of Islamic perspective of rights of people with mental illness in relation to Islamic shariaa rules. Concepts of mind , insanity

and justice are discussed in relation to Islamic point of view. The Islamic solution of ethical issues and legal problems have been put hundreds of years ago.
The relation of Islamic rules to mental health and their influence on psychiatry in Islamic culture includes positive effects such as low incidence of suicide and alcoholism. Islamic shariaa views of legal responsibility and mental competence are reviewed in this study. In conclusion,some recommendations are put forward together with certain practical procedures for promotion of mental health in general and solving the problems related to rights of mental patients.

# المراجع

## المراجع العربية

ابن تاج الدين الحنفى 1006 هـ ( طبعة 1997 ) أحكـــــام المرضى ( تحقيق محمد سرور البلخى ) وزارة الأوقاف ، قطاع الإفتاء، إدارة البحوث والموسوعات الإسلامية ، الكويت .

أبو زيد البلخى (1984 ) مصالح الأبدان والأنفس ، معهد تاريخ العلوم الإسلامية ، فرانكفورت .

الحافظ بن حجر العسقلاني ( بدون تاريخ) : فتح الباري بشرح صحيح البخاري ، دار الغد العربي ، القاهرة.

المنظمة العالمية للطب الإسلامي ، الدستور الإسلامي للمهن الطبية ، الندوة الفقهية الأولى بالكويت.

عبد الرحمن الجر زى ( 1987 ) " الفقه على المذاهب الأربعة " ، دار الريان ، القاهرة .

كتب التفسير: الجامع لأحكام القرآن للقرطبي – تفسير ابن كثير – تفسير الجلالين..وغيرها من طبعات المصحف المفسر , وكتب شرح ألفاظ القرآن الكريم.

لطفي الشربينى(1995 )" تأثير الخلفية الثقافية والاجتماعية على الأمراض النفسية في البيئة العربية " مجلة الثقافة النفسية ، لبنان، العدد 24 .

لطفي الشربينى ( 1997 ) " وصمة المرض النفسي في الثقافة العربية " ، مجلة تعريب الطب ، مركز الوثائق والمطبوعات الصحية، الكويت ، العدد 3 .

لطفي الشربيني ( 1997 ) ، حقوق المريض النفسي : ملاحظات مهنية أولية، وثيقة أساسية لمنظمة الصحة العالمية - المشاورة البلدانية حول تشريعات الصحة النفسية - الكويت 1997 .

لطفي الشربيني 2001الطب النفسي والقانون – (الطبعة الثانية) - دار النهضة - بيروت.

لطفي الشربيني 2001 موسوعة شرح المصطلحات النفسية (باللغة العربية والإنجليزية) - دار النهضة العربية - بيروت

لطفي الشربيني 2003 معجم مصطلحات الطب النفسي Dictionary of Psychiatry -مركز تعريب العلوم الصحية - جامعة الدول العربية - الكويت

لطفي الشربيني ( 2005 ) أنت تسأل وطبيبك النفسي يجيب = منشاة المعارف = الإسكندرية

لطفي الشربيني ( 2016 ) الإشارات النفسية في القرآن الكريم – دار العلم والإيمان – مصر

لطفي الشربيني ( 2016 ) الزهايمر: المرض..وأرذل العمر – دار العلم و الإيمان مصر

عبد الستار أبو غدة ( 1991 ) بحوث في الفقه الطبي والصحة النفسية من منظور اسلامى ، ( الطبعة الأولى ص 222 ).

عبد الله محمد عبد الله ( 1997 ) حقوق المعاقين نفسياً وعقلياً في الإسلام والقانون ، بحث مقدم في الندوة الفقهية الطبية العاشرة ، الكويت ، أكتوبر 1997

قتيبة الجلبى ( 1994 ) " الطب النفسي والقضاء " ، مكتبة الآنجلو ، القاهرة.

قيس أل الشيخ مبارك ( 1991 ) ،التدواى والمسئولية الطبية في الشريعة الإسلامية، مكتبة الفارابى، دمشق .

كمال مرسى ( 1988 ) ، المدخل إلى علم الصحة النفسية ، دار القلم للنشر والتوزيع ، الكويت .

مجلس مجمع الفقه الإسلامي ( 1993 ) السر في المهن الطبية ، قرار رقم 83/ 10/81 دورة المؤتمر الثامن ببندر سرى ، بروناى دار السلام في محرم 1414 هـ .

محمد بدر المنياوى (1997) حقوق المعاقين نفسياً وعقلياً في الإسلام والقانون ، بحث مقدم في الندوة الفقهية الطبية العاشرة ، الكويت ، أكتوبر 1997 .

محمد كامل الخولى ( 1980 ) " الطب النفسي الشرعي " ، دار الكاتب العربي، القاهرة.

محمد نعيم ياسين ( 1997 ) المسئولية الجنائية للمعاقين عقلياً وحقوقهم من وجهة النظر الإسلامية ، بحث مقدم في الندوة الفقهية الطبية العاشرة بالكويت ، أكتوبر 1997.

محمود أبو العزائم. محمد المهدي. لطفي الشربيني(2005). المرض النفسي بين الجن والسحر والحسد. الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية-القاهرة.

ن . سارتوريس وآخرون ( 1986 ) . الاضطرابات النفسيـــة الاكتئـــابية في الثقـافات المختلفة . جنيف - منظمة الصحة العالمية .

مواقع الشبكة الدولية للمعلومات (الانترنت):مجموعة المواقع الإسلامية, والنفسية, ومواقع القرآن الكريم.

## المراجع الأجنبية References

American Academy of Psychiatry and the Law, "Ethics Guidelines for the Practice of Forensic Psychiatry". Adopted May, 2005.

American Academy of Psychiatry and the law (1991) Ethical guidelines for the practice of forensic psychiatry.

American Bar Association (1989 ). ABA criminal justice mental health standards. ABA, Washington DC.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 4th ed. APA , Washington DC.

American psychiatric Association (1987 ). Involuntary commitment to outpatient treatment. APA , Washington DC.

American psychiatric Association (1993). The principales of medical ethics with annotations especially applicable to psychiatry, APA, Washington DC.

Applebaum PS, Guthiel TG (1991). Clinical handbook of psychiatry and the law. New York. Mc graw-hill.

Bebbington P(1993). Transcultural aspects of affective disorders.Int Review of Psychiatry,5:145-50.

British Medical Association (1992). Rights and responsibilities of doctors. 2nd ed. London: BMJ publications.

Constantinou, Anthony; Freestone, Mark; Marsh, William; Fenton, Norman; Coid, Jeremy (2015). "Risk assessment and risk management of violent reoffending among prisoners". Expert Systems with Applications. 42: 7511–7529.

Constantinou, Anthony; Freestone, Mark; Marsh, William; Coid, Jeremy (2015). "Causal inference for violence risk management and decision support in Forensic Psychiatry". Decision Support Systems. 80: 42–55

Conte HR et al (1989 ) . Ethics in the practice of psychotherapy: A survey. AM J psychother,43:32.

Differences of Legal Regulations Concerning Involuntary Psychiatric Hospitalization in Twelve European Countries: Implications for Clinical Practice. International Journal of Forensic Mental Health, 2007, vol. 6, No. 2. pages 197–207.

Dols MW (1992). Majnoun: The madman in the Medical Islamic Society. Oxford, Clarendon Press.

Fink PJ (1989 ) . On being ethical in an unethical world. Am J psychiatry, 146: 1097.

Geller JL (1990). Clinical guidelines for the use of involuntary outpatient treatment. Hosp Community psychiatry, 41:749-55.

Harding et al (1980). Mental disorder in primary health care: A study in four developing countries. Psychological Medicine, 10:231- 41.

Jones R ( 1996 ). Mental health act manual . 5th ed . London: Sweet and Maxwell.

Kaplan, Sadock (1995 ).Comprehensive Textbook of psychiatry.ed 7. Baltimore: Williams & Wilkins.

Leff JP (1988). Psychiatry around the globe. London: Geskel.

Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (On WHO website). United Nations, 1991. Retrieved July 2013.

Rosner R (1994). Principales of forensic psychiatry, New York: Chapman & Hall.

Simon RI (1987). Clinical psychiatry and the law. Washington DC . American Psychiatric Press.

Simon, Robert and Liza Gold, ed. (2010). American Psychiatric Textbook of Forensic Psychiatry. American Psychiatric Publishing. ISBN 1585622648

Stone A ( 1984 ). Law, Psychiatry and Morality. Washington, American Psychiatric Press.

Slovenko R ( 1984 ) The meaning of mental illness in criminal responsibility. J Of Legal Medecine, 5:1- 61.

Windsale WJ (1989 ) Ethics in psychiatry. In: comprehensive Textbook of Psychiatry, ed5, Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Baltimore: Williams & Wilkins.

William H. Reid, "Should the Treating Clinician Be an Expert Witness", ExpertPages.

World Health Organization (1992). International classification of Diseases (ICD-10). WHO, Geneva.

World Health Organization (1997). Nations for Mental Health : An Overview of a strategy to improve the mental health of underserved population. WHO, Geneva.

# التعريف بالمؤلف



د لطفي عبد العزيز الشربيني

حصل علي بكالوريوس الطب والجراحة من كلية الطب قصر العيني بمرتبة الشرف عام 1974 .

حصل علي ماجستير الدراسات العليا في الأمراض العصبية والطب النفسي ودراسات متقدمة من جامعة لندن ..دبلوم وشهادة التخصص في العلاج النفسي من المملكة المتحدة .

دكتوراه في العلوم النفسية من جامعة كولومبيا الأمريكية .

له خبرة واسعة في العمل في مجال الطب النفسي في مصر والدول العربية وبريطانيا، وخبير في مجال مكافحة التدخين والإدمان.

عضو الجمعيات المحلية والعالمية في مجال الطب النفسي والصحة النفسية ومكافحة التدخين والإدمان، و الزمالة العالمية في الجمعية الأمريكية للطب النفسيFAPA ..وألاكاديمية الأمريكية للأعصاب AAN ، وتم وضع اسمه وتاريخه العلمي في موسوعات الشخصيات العالمية .

شارك في المؤتمرات والندوات الإقليمية والعالمية في الطب النفسي وفي مجال التدخين والإدمان وله مساهمة بالأبحاث العلمية المنشورة والمقالات الصحفية في هذه المجالات .

له عديد من المؤلفات (مرفق قائمة بالكتب التي صدرت للمؤلف) بالإضافة إلي المقالات الصحفية، وإنتاج شرائط الكاسيت لعلاج المشكلات النفسية للمرة الأولى باللغة العربية , والبرامج التلفزيونية والإذاعية, والمادة العلمية والثقافية على مواقع الانترنت.

جائزة مؤسسة " الأهرام " للمؤلفين المتميزين عام 1997

جائزة الدولة في تبسيط العلوم الطبية والنفسية عام 1996.وللمرة الثانية في عام 2001.

جائزة الطب النفسي باسم ا د عمر شاهين من أكاديمية البحث العلمي والتكنولوجيا عام 2007-2008

جائزة الدكتور عادل صادق للتميز المهني في الطب النفسي عام 2009.

جائزة الشبكة العربية للعلوم النفسية ( د محمد النابلسي ) عام 2011

الإشراف وإدارة موقع الثقافة والخدمات النفسية:"الدكتور النفساني" www.alnafsany.com

جائزة الدولة في العلوم الاجتماعية – الثقافة العلمية لعام 2016

قائمة مؤلفات الدكتور / لطفي الشربيني

الاكتئاب النفسي..مرض العصر-المركز العربي-الإسكندرية-1991.

التدخين : المشكلة والحل - دار الدعوة - الإسكندرية - 1992 .

الأمراض النفسية في سؤال وجواب-دار النهضة-بيروت-1995.

مرض الصرع..الأسباب والعلاج-دار النهضة-بيروت-1995.

من العيادة النفسية - دار النهضة - بيروت - 1995 .

أسرار الشيخوخة - دار النهضة - بيروت - 1995 .

القلق: المشكلة والحل - دار النهضة - بيروت - 1995 .

كيف تتغلب على القلق (الطبعة الثانية) – المركز العلمي - الإسكندرية.

وداعاً أيتها الشيخوخة:دليل المسنين-المركز العلمي-الإسكندرية-1996.

الدليل الموجز في الطب النفسي-جامعة الدول العربية-الكويت-1995.

تشخيص وعلاج الصرع - المركز العلمي - الإسكندرية - 1998.

مشكلات التدخين - المركز العلمي - الإسكندرية - 1998 .

مشكلة التدخين والحل (الطبعة الثانية) - دار النهضة - بيروت – 1999.

اسألوا الدكتور النفساني - دار النهضة - بيروت - 1999.

الأمراض النفسية:حقائق ومعلومات-دار الشعب-القاهرة-1999.

مجموعة شرائط الكاسيت العلاجية: كيف تقوى ذاكرتك ، وكيف تتغلب علي القلق ، كيف تتوقف عن التدخين - إنتاج النظائر - الكويت - 1994 .

الطب النفسي والقانون - المكتب العلمي للنشر والتوزيع - الإسكندرية - 1999

الطب النفسي والقانون – (الطبعة الثانية) - دار النهضة - بيروت - 2001.

النوم والصحة- جامعة الدول العربية-مركز الوثائق الصحية-الكويت- 2000.

مشكلات النوم: الأسباب والعلاج - دار الشعب – القاهرة - 2000 .

موسوعة شرح المصطلحات النفسية (باللغة العربية والإنجليزية) -دار النهضة العربية - بيروت - 2001

الاكتئاب: المرض والعلاج – منشأة المعارف – الإسكندرية 2001.

الاكتئاب : الأسباب و المرض والعلاج – الطبعة الثانية – دار النهضة – بيروت - 2001
الاكتئاب : أخطر أمراض العصر – دار الشعب – القاهرة -2001
معجم مصطلحات الطب النفسي Dictionary of Psychiatry -مركز تعريب العلوم الصحية - جامعة الدول العربية - الكويت - 2002
أساسيات طب الأعصاب Essentials of Neurology ( مترجم) مركز تعريب العلوم الصحية-جامعة الدول العربية – الكويت-2002
الطب النفسي ومشكلات الحياة - دار النهضة – بيروت –2003
التوحد (أوتيزم) دليل لفهم المشكلة والتعامل مع الحالات-دار نيوهورايزون– الإسكندرية 2003
الطب النفسي وهموم الناس منشأة المعارف – الإسكندرية - 2003
أنت تسأل وطبيبك النفسي يجيب = منشاة المعارف = الإسكندرية 2005.
مرض الزهايمر-منشأة المعارف- الإسكندرية- 2006
لنوبات الكبرى- منشأة المعارف – الإسكندرية 2007
الزهايمر: المرض..والمريض – دار النهضة- بيروت 2007
عصر القلق: الأسباب والعلاج –منشأة المعارف - الإسكندرية 2007
الصرع: المرض والعلاج – مركز تعريب العلوم الصحية – الكويت 2008.

لاشارات النفسية في القرآن الكريم – منشأة المعارف- الإسكندرية 2008 (الطبعة الأولى)-وصدرت الطبعة الثانية معدلة عن دار النهضة- بيروت- 2009

الطب النفسي عند الأطفال(مترجم) - مركز تعريب العلوم الصحية- الكويت-2008

الجنس وحياتنا النفسية – دار النهضة – بيروت – 2010.

المرجع الشامل في علاج القلق – دار النهضة - بيروت - 2010

الدليل إلى فهم وعلاج الاكتئاب – منشأة المعارف – الإسكندرية - 2010

الشباب والثقافة الجنسية – مركز تعريب العلوم الصحية – الكويت – سلسلة الثقافة الصحية – 2011

السياسة الاجتماعية للممرضات و المهن الطبية المساعدة ( ترجمة) - مركز تعريب العلوم الصحية – الكويت – سلسلة المناهج الطبية – 2011

يوميات الثورة و الصحة النفسية -إصدار و توزيع المؤلف -الإسكندرية2012 -

الجنون في الطب و الحياة – منشأة المعارف – الإسكندرية – 2013.

الزهايمر.. و مشكلات الشيخوخة – كتاب الشعب الطبي – دار الشعب – القاهرة – 2013.

" المكتبة النفسية .. سلسلة من الإصدارات من كتب و مؤلفات تغطي موضوعات ومجالات الطب النفسي في المكتبة العربية. صدر منها العناوين التالية:

دلبل الى فهم و علاج القلق

تأملات في الاشارات النفسية في القرآن

أسرار عالم المجانين

وداعا أيها..الاكتئاب

الزهايمر.. مرض " أرذل العمر "

اسألوني.. أنا الدكتور النفساني

"مع الدكتور النفساني" – سلسلة من الاصدارات الموجزة و المبسطة للثقافة النفسية للقارىء العربي والمهتمين بالمعرفة في مجال العلوم النفسية.. صدر منها:

نوبات الصرع..مرض.. له علاج!

" -لا.. أنام " دليل علاج الارق..و مشكلات النوم

خريف العمر..مرحلة الشيخوخة

مرة واحد مجنون

كل مايهمك عن..الطب النفسي في100 سؤال وجواب

" أوتيزم" دليل التعامل مع حالات التوحد

الجريمة.. و الجنون من منظور الطب والقانون

مشكلات الجنس و أسبابها النفسية

التدخين.. وكيفية الاقلاع – دار الشعب – القاهرة - 2015

قاموس شرح المصطلحات النفسية الجنسية – دار العلم و الايمان – مصر – 2015

المختلون عقليا..بين الطب و السحر و الشعوذة- دار العلم و الايمان – مصر 2016..

"فوبيا".. سيكولوجية الخوف – دار العلم والايمان – مصر 2016.

هموم الناس.. قراءة سيكولوجية – دار العلم و الايمان – مصر - 2017

مع تحياتي

د. لطفي عبد العزيز الشربيني

العنوان : 17 ميدان سعد زغلول - محطة الرمل - الإسكندرية ( عيادة ) ت: 4877655

البريد الالكتروني : E mail : lotfyaa@yahoo.com

الموقع:

الدكتور النفساني www.alnafsany.com

# هذا الكتاب

يتناول العلاقة بين الطب النفسي والقانون من وجهة النظر الطبية والأحكام القانونية الخاصة بالمرضي النفسيين والمنظور الاسلامي لهذه القضايا .

يسد نقصاً في المكتبة العربية ويهم العاملين في مجالات الطب النفسي والقانونيين وكل من يهتم بالعلم والمعرفة .

يجمع بين البحث في منظور الطب النفسي وبين القوانين المعمول بها في العالم اليوم والأحكام الدينية والشرعية التي تخص المرضي النفسيين ويلقي الضوء عليها بأسلوب واضح مبسط .

كتب مقدمته الاستاذ الدكتور عادل صادق استاذ ورئيس مركز الطب النفسي بجامعة عين شمس واشار الي اهمية موضوع الكتاب.

يعتبر مرجعاً في المسائل والمشكلات والاعتبارات الطبية والنفسية والقانونية والاحكام الشرعية لكل الباحثين في هذه المجالات .